FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1881  N° 382

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 15 novembre 1881, à une heure

PAR

MME PERRÉE, NÉE ROSA MOUTON
A Moulin-sous-Toutvent (Oise).

ÉTUDE

SUR

LES ÉPANCHEMENTS CHYLIFORMES

DES CAVITÉS SÉREUSES

Président : M. PETER, *Professeur.*
Juges : MM. LABOULBÈNE, *Professeur.*
DEBOVE, *Agrégé.*
RAYMOND, d°.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE PILLET ET DUMOULIN
RUE DES GRANDS-AUGUSTINS, 5.

1881

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen . . . . M. VULPIAN.

Professeurs.	MM.
Anatomie.	SAPPEY.
Physiologie.	BÉCLARD.
Physique médicale.	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale.	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique.	CHARCOT.
Histologie.	ROBIN.
Opérations et appareils.	LE FORT.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	BOUCHARDAT.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	VULPIAN.
Clinique médicale.	G. SÉE. LASÈGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants.	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques et de dermatologie.	FOURNIER.
Clinique chirurgicale.	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRELAT.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	DEPAUL.

Doyen honoraire : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice :

MM. BERGER.	MM. GRANCHER.	MM. LEGROUX.	MM. RECLUS.
BOUILLY.	HALLOPEAU.	MARCHAND.	REMY.
BUDIN.	HANRIOT.	MONOD.	RENDU.
BOURGOIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HUMBERT.	PEYROT.	RICHET.
DEBOVE.	JOFFROY.	PINARD.	STRAUS.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TERRILLON.
FARABEUF.	DE LANESSAN.	RAYMOND.	TROISIER.
GAY.			

Agrégés libres chargés de cours complémentaires :

Cours clinique des maladies de la peau.	MM. N...
— des maladies des enfants.	N...
— d'ophthalmologie.	N...
— des maladies des voies urinaires.	N...
Chef des travaux anatomiques.	FARABEUF.

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PETER

INTRODUCTION

Il nous a semblé que ce serait un intéressant sujet d'étude de recueillir les observations publiées jusqu'à ce jonr sur une variété peu connue d'épanchement des cavités sérenses. Cette variété est rare; du moins elle a été peu fréquemment observée : la réunion de toutes les observations anciennes et récentes que nous avons pu trouver ne forme encore qu'un assez petit nombre. Cela tient-il à ce qu'elle est réellement peu fréquente? On pourrait le penser; mais nous inclinons plutôt à croire qu'étant pen connue, elle a dû souvent passer inaperçne.

Cette forme d'épanchement a été décrite et désignée sous les titres divers d'épanchement chyleux de la plèvre, de pleurésie purulente avec transformation graisseuse, d'épanchement chyliforme, etc. Nous avons préféré l'expression d'épanchement chyliforme, qui s'adapte le mieux à la théorie que nous avons choisie.

Les cavités séreuses qui sont le siège des épanchements chyliformes sont la plèvre, le péritoine et la tunique vaginale. L'épanchement chyliforme a été un peu plus fréquemment constaté dans le péritoine que dans la plèvre; ainsi, nous avons seize observations dans lesquelles l'épanchement siégeait dans la cavité péritonéale, et seulement onze observations dans lesquelles il siégeait dans la cavité pleurale. Les cas dans lesquels l'épanchement a été vu dans la tunique vaginale sont les moins nombreux; mais

nous verrons, lors de la discussion des théories, que leur importance est grande, en ce sens qu'ils servent à démontrer que ce ne sont pas seulement les séreuses avoisinant le canal thoracique ou les intestins qui sont susceptibles d'être le siège de ces épanchements chyliformes.

Notre but, en réunissant ces observations, a été de les comparer entre elles, afin de pouvoir noter et faire ressortir les particularités intéressantes de leur histoire.

Un fait important et sur lequel nous insistons, c'est que ces divers épanchements présentent tous ce caractère commun : le liquide qui les constitue ressemble très exactement à une émulsion.

La présence d'un liquide de cette nature est un point difficile à expliquer ; aussi a-t-il fait l'objet de plusieurs théories que nous avons rapportées.

Nous discuterons ces théories, et nous soulèverons les diverses objections qu'on peut faire à chacune d'elles. Nous nous sommes ralliée à l'interprétation qui nous a paru la plus vraisemblable et la mieux fondée sur l'ensemble des faits. Disons en outre que cette théorie s'appuie sur l'opinion de notre savant maître M. le docteur Debove : les diverses théories proposées n'avaient été établies que d'après un ou deux faits ; au mois de mai dernier, M. Debove, dans un excellent mémoire présenté à la Société médicale des hôpitaux, réunit la plupart des observations connues et émit une théorie nouvelle, plus générale, qui, en même temps qu'elle a le mérite de s'appuyer sur un plus grand nombre de faits, présente de plus l'avantage de servir à l'interprétation de la majorité d'entre eux.

Nous nous sommes inspirée de ce mémoire, convaincue que nous ne pouvions trouver un guide meilleur et plus sûr.

Pour compléter notre travail, nous avons cherché à mettre en lumière les considérations les plus importantes au point de vue

des caractères anatomiques, étiologiques et cliniques ; enfin nous avons noté différens points touchant la marche, la durée et la terminaison de ces affections.

Nous ne voulons pas entrer en matière sans avoir exprimé à M. le professeur Peter nos profonds remerciements pour l'honneur qu'il a daigné nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous prions M. Debove de vouloir bien agréer l'expression de notre gratitude pour les bons conseils qu'il nous a donnés et pour la bienveillance qu'il nous a témoignée à notre début dans les hôpitaux.

Nous remercions notre excellente et toute gracieuse amie M[me] Héring-Berline, qui très obligeamment nous a traduit les observations prises dans les auteurs allemands.

ÉTUDE

SUR

LES ÉPANCHEMENTS CHYLIFORMES

DES CAVITÉS SÉREUSES

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

Dans les observations que nous allons rapporter, nous verrons que les différents auteurs ont toujours présenté comme un fait rare, inusité, la production d'un épanchement constitué par un liquide blanc laiteux, d'aspect comparable au chyle ; chaque fois que ce liquide, que nous appellerons chyliforme, était constaté, sa présence était toujours un sujet d'étonnement. En effet, jusqu'ici les traités de pathologie n'ont mentionné aucune affection à laquelle cet épanchement chyliforme pût être rapporté. Quelques pathologistes, à propos de la pleurésie chronique, avaient remarqué que dans certains cas d'épanchement abondant et persistant, le liquide épanché pouvait être laiteux, et non forcément purulent. Ainsi Grisolle (*Pathologie interne*, t. I[er]) dit que « dans la pleurésie chronique, le liquide épanché est rarement citrin, limpide, mais que presque toujours il est opaque, *laiteux*, ou tout à fait purulent. » Mais on n'avait noté cela que comme un simple phénomène, faisant partie de l'histoire des épanchements chro-

niques, et personne n'avait observé que cet épanchement laiteux ou chyliforme pouvait avoir une physionomie pathologique particulière, distincte de celle des autres épanchements. Les choses en étaient là, lorsque, à l'occasion d'un cas d'épanchement chyliforme qu'il lui fut donné d'observer, M. Debove eut l'idée de rassembler tous les cas qui présentaient, avec le sien, une certaine analogie.

La réunion de tous ces faits, auxquels nous avons nous-même ajouté quelques cas, tend à démontrer que cet épanchement chyliforme ne peut plus être considéré comme un fait insolite et tout à fait inaccoutumé, et que sans être commun et fréquent, il n'est pas aussi exceptionnel qu'on l'avait cru tout d'abord ; de plus, ce rapprochement des faits, en mettant en lumière les particularités qui sont propres à ces épanchements, a permis d'y voir une variété qui présente avec les autres épanchements des différences assez notables pour permettre d'en faire une variété distincte.

Qu'on veuille bien en juger, voici les faits :

OBSERVATIONS DE M. GUÉNEAU DE MUSSY.

(*Clinique médicale*. Paris, 1874, t. Ier.)

Première observation. — *Thoracentèse pratiquée dans un cas d'épanchement pleurétique datant de quinze années; amélioration considérable.*

Le malade était un général russe, âgé de 50 ans; il était fort, bien constitué, et son apparence extérieure, quoique altérée par l'âge et par la maladie, témoignait de cette vigueur originelle. Il avait longtemps fait la guerre du Caucase, où il s'était signalé par des actions d'éclat; une fois, entre autres, il s'était trouvé enfermé avec une poignée d'hommes dans un fort ennemi, entouré d'une troupe nombreuse qu'il avait tenue en respect et à travers laquelle il s'était frayé un passage l'épée à la main. Ce fut à la suite de cette aventure, qui rappelle les hauts faits d'Alexandre et de Bayard, qu'il fut atteint de pleurésie du côté gauche, quinze ans environ avant qu'il vînt me consulter. Mal soigné, ou plutôt manquant de tout soin, il traîna pendant plusieurs semaines son mal à travers ces

contrées sauvages, se couchant quand la violence de la fièvre l'exigeait, bravant, dès qu'il pouvait se relever, les fatigues et les intempéries du climat; ce ne fut qu'au bout de plusieurs mois qu'il lui fut possible de réclamer des conseils éclairés; alors seulement il apprit la nature de sa maladie, qui avait été méconnue jusque-là. On le soumit au repos, à l'emploi de révulsifs extérieurs et de différentes médications internes qu'il ne peut indiquer. Ce traitement resta inefficace : le côté malade avait acquis des dimensions énormes; le malade souffrait d'une dyspnée habituelle qui s'exaspérait par intervalles et le forçait à s'arrêter. A partir de ce moment, et à part ces repos obligatoires que lui imposait la maladie, la vie du général D... devint une odyssée médicale : allant de médecin en médecin, de climat en climat, pour chercher un soulagement que les moyens médicaux ne lui procuraient que très imparfaitement. La question de l'intervention chirurgicale avait été bien souvent posée, mais résolue contradictoirement. Quelques médecins lui avaient parlé de l'opportunité d'une opération, mais le plus grand nombre y avaient vu un danger immédiat et avaient porté sur ses conséquences le plus funeste pronostic. Le malade, qui, comme la plupart de ses compatriotes, était polyglotte, avait plusieurs fois entendu ces opinions discutées devant lui par des médecins qui ne croyaient pas être compris de lui en parlant leur langue.

Au printemps de 1868, ce malade me fut adressé par mon ami le docteur Pupier, qu'il avait consulté en traversant Lyon. Son état s'était beaucoup aggravé : la dyspnée était continue et s'exaspérait d'une manière inquiétante au moindre mouvement; il ne pouvait garder la position horizontale; les lèvres étaient livides, et les régions circum-malléolaires étaient œdématiées. Une matité absolue occupait tout le côté gauche de la poitrine et la région sous-sternale; on entendait près du rachis un bruit inspirateur sourd et rude; partout ailleurs silence complet. Le cœur était déplacé; sa pointe, repoussée en dehors du mamelon droit, avait décrit un mouvement de rotation autour de sa base, de telle sorte que, suivant la judicieuse remarque du docteur Massei (de Naples), le cœur dans ce cas ne subit pas un simple mouvement de propulsion, qui le repousserait en masse, mais il pivote autour de son point fixe constitué par l'aorte et par les vaisseaux pulmonaires. Sa pointe est toujours excentrique par rapport à la base. Cet organe offre évidemment un volume exagéré. L'impulsion est énergique, et un bruit de souffle au deuxième temps vers l'orifice de l'aorte accuse une insuffisance de valvules sigmoïdes; le pouls, large, rebondissant et brusquement affaissé après une ample et brusque diastole, témoigne de la même lésion. Les fonctions digestives, moins entamées que

les fonctions circulatoires et respiratoires, ont ressenti cependant le contre-coup de ces désordres importants, et l'appétit est languissant. Le malade est las de l'existence; des intérêts importants l'appellent en Russie, et il est hors d'état de continuer le voyage. Dans ces conditions, voyant les premiers symptômes d'une asphyxie lente, les progrès de la dyspnée, craignant que, si l'on ne cherchait pas à diminuer la gêne de la respiration, une syncope favorisée par la lésion du cœur n'amenât un arrêt définitif de la circulation, constatant que le refoulement du médiastin et du cœur et que la pression croissante exercée sur cet organe restreignait et menaçait d'une gêne de plus en plus grande l'expansion du poumon droit, je proposai la thoracentèse, à laquelle le malade n'objecta autre chose que la sentence funeste prononcée par plusieurs médecins allemands contre cette opération.

Je réclamai alors l'appui de mes amis les docteurs Barth et Trousseau, qui, après quelques objections, adoptèrent tous deux cette proposition, et M. Barth voulut bien m'assister dans l'opération. Elle fut pratiquée dès le surlendemain avec l'instrument de Reybard, et je retirai une première fois 1,800 à 1,500 grammes d'un liquide puriforme, jaune, opaque, homogène, sans odeur. Les suites de l'opération furent des plus simples; je maintins le malade au lit pendant plusieurs jours; il avait éprouvé presque immédiatement un soulagement considérable. La voussure thoracique faisait un relief moins prononcé en arrière; près du rachis surtout, la sonorité avait reparu, et l'on entendait dans une assez grande étendue un bruit respiratoire profond, rude et obscur; le cœur restait fixé à droite, mais sa pointe était moins en dehors. L'aspect de la physionomie était infiniment meilleur, le malade avait retrouvé le sommeil et l'appétit.

Je n'avais pas voulu retirer en une seule fois une plus grande quantité de liquide, convaincu que les organes refoulés par l'épanchement étaient fixés dans leur position nouvelle par des adhérences trop anciennes et trop solides pour qu'il me fût permis d'espérer leur voir reprendre leur situation normale. Je craignais pour ce cœur sérieusement lésé la secousse d'un brusque changement dans la pression intra-thoracique, et j'aimais mieux pratiquer des ponctions successives en observant leurs effets et prévoyant par là ce que je pouvais en attendre.

Le liquide retiré de la cavité pleurale, examiné au microscope, ne renfermait pas un seul leucocyte; c'était une émulsion de matière grasse.

La dyspnée avait considérablement diminué, et le malade pouvait faire quelques promenades au bout de quinze jours, quand je crus complètement effacée l'incitation qui aurait pu être produite dans la plèvre par la première ponction, et qui ne s'était révélée d'ailleurs par aucun symp-

tôme; j'en pratiquai une seconde qui fit couler environ 1,700 grammes de liquide identique au premier et aussi inodore. J'arrêtai l'écoulement quand je vis qu'il devenait faible, intermittent, et que la tension intrapleurale était considérablement affaiblie. Les suites de cette opération furent aussi simples que la première fois, et trois semaines après j'y revins de nouveau pour tirer à peu près la même quantité de liquide. L'amélioration fonctionnelle s'accentua davantage sans que les signes physiques fussent considérablement modifiés, excepté en ce qui concernait la voussure. Celle-ci avait disparu, et le côté gauche, au lieu de présenter une dilatation insolite, était un peu affaissé. Mon intention était de répéter encore cette opération. J'avais fait faire au malade une gymnastique respiratoire à laquelle j'ai toujours recours après les épanchements de longue durée, et qui consiste à faire plusieurs fois par jour une série d'inspirations aussi profondes que possible. Le malade se trouva tellement soulagé qu'il voulut retourner en Russie, où quelques mois après je sus qu'il jouissait d'une santé passable.

Des renseignements récents m'ont appris qu'il avait vécu plusieurs années après son retour en Russie, et qu'il avait succombé, croyait-on, à une affection aiguë.

DEUXIÈME OBSERVATION. — *Épanchement pleural chyliforme; tuberculose.*

C'était un jeune homme de 23 ans, serrurier; il entra à l'Hôtel-Dieu, dans mon service, le 2 avril 1869. Il était maigre, pâle, paraissait délicat. Dans ses antécédents de famille, rien n'accusait une prédisposition diathésique : son père, sa mère, ses frères et ses sœurs jouissaient d'une santé irréprochable. Il nous raconta que trois ans auparavant, il avait eu une hémoptysie très abondante qui avait duré deux jours. Il évaluait à 4 où 5 litres la quantité de sang qu'il avait perdue, évaluation probablement très exagérée. Il avait dû garder le lit pendant vingt jours. Depuis cet accident, il n'avait pas cessé de tousser et il avait beaucoup maigri.

Au mois de juin 1867, il avait eu une seconde hémoptysie accompagnée d'une douleur dans le côté gauche. Il fut obligé de rester couché pendant quatre mois, et il subit plusieurs applications de vésicatoires. Depuis lors, il était très essoufflé toutes les fois qu'il éprouvait une fatigue, et il perdait haleine quand il voulait monter les escaliers un peu rapidement. Cependant il avait pu reprendre son travail, et ses autres fonctions s'accomplissaient d'une manière régulière en apparence, quoique la nutrition eût souffert, nous l'avons dit, un déchet considérable. Au moment de son admission à l'Hôtel-Dieu, sa respiration était fréquente, courte, anxieuse, les téguments de la face commençaient à se cyanoser.

A la première inspection, on constatait une énorme voussure du côté gauche du thorax qui proéminait dans toutes les directions.

La percussion donnait en avant et en arrière nn son mat dans tout le côté gauche, qui était complètement silencieux à l'auscultation. Du côté droit, on trouvait en arrière nn son tympanique, et dans la moitié inférieure la respiration était franchement pnérile. L'abaissement dn diaphragme donnait aux dernières côtes une direction presque verticale. Au sommet droit, la tonalité était aiguë, nn peu obscure, et l'expiration était prolongée.

A denx travers de doigt au-dessous dn mamelon droit, les battements du cœur étaient visibles à l'œil et soulevaient énergiquement la main. Les bruits cardiaques étaient superficiels et normaux. Au niveau des derniers espaces intercostaux à droite et en avant, on sentait, par la palpation, comme nne succion. La main et la vue ponvaient constater comme une dépression rythmique de ces espaces, pendant les mouvements d'ampliation du thorax, comme si l'expansion du poumeu refoulé ne suffisait pas pour remplir le vide produit par l'inspiration.

L'épigastre présentait également, pendant l'inspiration, surtont dans la partie gauche de cette région, nne dépression snivie d'nn soulèvement brusque correspondant à l'inspiration; phénomène qu'on observe dans les cas où le diaphragme est fortement abaissé dans l'emphysème pulmonaire, par exemple, quand il est porté à nu degré considérable.

Cet ensemble symptomatique ne permettait pas de mettre en donte l'existence d'un énorme épanchement qui distendait le côté gauche du thorax et refonlait le cœur en le faisant pivoter autonr de ses connexions vasculaires; et suivant toutes probabilités, l'origine de cet épanchement remontait au mois d'octobre 1867, c'est-à-dire à plns de dix-huit mois avant son entrée à l'hôpital. Les troubles de la nutrition et de l'hématose commandaient d'intervenir; je me proposai de faire nne série de ponctions, suivies d'injections s'il était nécessaire, et d'étudier dans quelle mesure ce poumon si longtemps refoulé, probablement emprisonné par des néoplasies épaisses, pourrait se dilater à nouveau et reprendre ses anciennes limites; car il ponvait être fixé dans sa nouvelle position par des liens inflexibles; l'évacuation complète dn liquide pouvait être dangereuse on impossible. Ces opérations répétées me semblaient constituer la seule opération rationnelle, ou du moins devoir précéder toute autre tentative opératoire.

Le 8 avril, je pratiquai la thoracentèse avec le trocart de Reybard au niveau du sixième espace intercostal gauche, et je laissai s'écouler par la

canule deux litres et demi environ d'un liquide jaune verdâtre, opaque, fluide, sans mélange de flocons fibrineux, d'une odeur fade, très peu accentuée et qui n'avait aucun caractère aigre ou putride. Recueillie dans un verre, une partie de ce liquide se séparait en deux couches : la supérieure, plus fluide, offrait une coloration jaune verdâtre, la couche inférieure était constituée par un sédiment épais, de consistance sirupeuse et d'une couleur grisâtre opaque.

Un des internes les plus distingués des hôpitaux de Paris, M. Labadie-Lagrade, qui a bien voulu recueillir pour moi les matériaux de cette observation, soumit ce liquide, sur ma demande, à l'examen microscopique, et je transcris ici le résultat de ses observations :

« Dans la partie supérieure, la plus fluide, on ne trouve sous le champ du microscope que quelques granulations graisseuses, mais en quantité beaucoup plus considérable. Ces granulations s'agglomèrent en certains points et forment des corps de Gluge qui présentent les dimensions des leucocytes, mais s'en distinguent par leur réaction différente en présence de l'acide acétique. Traitées, en effet, par cet acide, ces cellules granuleuses ne sont pas modifiées et ne contiennent pas un ou plusieurs noyaux comme les globules de pus. Il est probable, cependant, que ces corpuscules d'aspect uniforme et granulés ne sont que des leucocytes ayant subi la dégénérescence granulo-graisseuse.

» Les autres granulations plus fines qu'on voit sous le microscope sont constituées par la fibrine également dégénérée en matière grasse.

» On trouve, en outre, dans le sédiment des cristaux de cholestérine avec leur forme caractéristique de lamelles rhomboïdales. »

Ainsi, nous saisissons en quelque sorte ici le procédé par lequel les leucocytes purulents disparaissent et se transforment en matière grasse, qui finit par se délayer elle-même dans le liquide, et par constituer, comme dans le premier cas, une émulsion au milieu de laquelle on ne peut plus saisir aucun élément figuré, bien qu'elle ait l'aspect du pus.

Une heure environ après la thoracentèse, le malade fut pris d'une violente quinte de toux qui, à travers l'ouverture de la ponction, fit sortir encore environ un demi-litre de liquide. Il se sentait extrêmement soulagé ; il n'accusait d'autre phénomène anormal qu'une sensation pénible de pesanteur au niveau de la région épigastrique et de l'hypocondre gauche, sensation qui avait succédé immédiatement à l'évacuation du liquide. Son appétit ne fut pas troublé et il dormit d'un sommeil calme.

Je n'avais pas voulu l'ausculter immédiatement après l'opération pour ne pas le fatiguer. Le lendemain, malgré la persistance de la matité, je constatais le retour du murmure vésiculaire en arrière dans tout le côté

gauche, mais il était faible et éloigné surtout dans le tiers inférieur. En haut, près de l'épine de l'omoplate, il était plus ample et plus superficiel.

En avant du côté droit, au niveau de la région mammaire et partant de la place occupée postérieurement par le cœur, la sonorité avait reparu. La percussion et l'auscultation permettaient de constater que cet organe s'était déplacé d'environ deux centimètres et demi à trois centimètres. En se rapprochant du côté gauche, sa pointe semblait avoir décrit une courbe à convexité inférieure. A droite, la matité précordiale était limitée par une ligne allant du mamelon à la région hépatique, elle était limitée supérieurement par le fond inférieur de la troisième côte, et se confondait à gauche avec la matité de l'épanchement. On percevait sous la clavicule gauche un son très aigu, mais qui avait cessé d'être mat. La sonorité reparaissait à deux travers de doigt au-dessus du mamelon. Le malade nous raconte que depuis la ponction il pouvait se coucher sur le côté droit et rester une demi-heure dans cette position, qui provoquait, immédiatement auparavant, un accès de suffocation.

Neuf jours après la première ponction, j'en fis une seconde qui donna issue à 1,600 grammes d'un liquide identique au premier. Deux heures après, le malade eut quelques quintes de toux, qui ne l'empêchèrent pas d'éprouver un grand soulagement. A partir de ce moment, il put dormir couché sur le dos, ce qui lui avait été impossible jusque-là.

J'observai le lendemain que la fosse sus-épineuse gauche redevenait sonore, le bruit respiratoire était entendu dans toute la partie postérieure gauche; net et superficiel en haut, il était plus obscur inférieurement. Ce jour-là, il était accompagné d'un léger frôlement que je ne retrouvai pas les jours suivants, en même temps qu'à la partie inférieure le murmure vésiculaire me sembla plus obscur, et s'éloignait pour s'éteindre à mesure qu'on s'approchait de la base. La pointe du cœur avait continué son mouvement rétrograde de droite à gauche, et se faisait sentir en dedans du mamelon droit dans le quatrième espace intercostal. Cependant le côté gauche s'était déprimé en arrière et était devenu moins saillant que le droit; le malade se plaignait d'une douleur vive vers les dernières côtes gauches.

L'épigastre présentait toujours, au moment de l'inspiration, un mouvement de dépression, puis une propulsion saccadée, accompagnée d'une ondulation qui se propageait jusqu'à l'hypocondre gauche et qui pouvait être attribuée, peut-être, à la masse liquide refoulant brusquement le diaphragme paralysé.

Je recommandai au malade de faire, pendant quelques minutes, deux

ou trois fois par jour, de fortes inspirations, afin de favoriser l'expansion du poumon.

Quelques jours après, le malade en marchant ent quelques palpitations, qu'il s'étonna de sentir derrière le sternum. En effet, le cœur avait continué sa marche régressive et sa pointe battait à cinq centimètres du lien où nous l'avions d'abord rencontrée; elle se trouvait à deux centimètres au dedans du mamelon droit; cependant toute la région thoracique droite était encore ébranlée par la systole ventriculaire qui y produisait une ondulation saccadée.

Neuf jours après cette thoracentèse, j'en pratiquai une troisième par laquelle je retirai 1,500 grammes de liquide, ce qui portait à plus de six litres la quantité extraite en dix-huit jours. Je crus devoir faire la ponction un peu plus haut que le septième espace intercostal.

J'observai pendant l'écoulement que le pouls conservait sa force habituelle, mais qu'il était un peu plus fréquent (84 pulsations au lieu de 76) et que la respiration s'était en même temps accélérée (37 par minute, au lieu de 34).

Le liquide évacué offrait les mêmes caractères extérieurs et microscopiques que celui des ponctions antérieures. Le malade n'avait pas éprouvé cette fois les quintes de toux qui avaient succédé aux premières opérations.

Avant de procéder à cette troisième ponction, j'avais fait appliquer sur la partie moyenne de la poitrine, en arrière, deux petits cautères à l'aide du caustique de Vienne. J'espérais, par cette action révulsive, prévenir ou modérer l'incitation produite dans la plèvre par un traumatisme répété. J'ai recours à ce moyen, dans les cas où, après une première ponction, le liquide de l'épanchement se reproduit trop rapidement; il m'a paru utile alors, pour combattre l'irritation sécrétoire, de combiner avec l'évacuation du liquide une contre-irritation portée sur la peau.

Cette précaution m'avait semblé d'autant plus indiquée, que quelques oscillations dans la place occupée par le cœur semblaient indiquer que l'épanchement tendait à se reproduire. A un certain moment, après la seconde ponction, le cœur s'était rapproché du sternum, puis il s'était porté de nouveau à droite de cet os, ou du moins il en dépassait le bord droit dans une plus grande étendue. Le liquide évacué offrait, il est vrai, toujours les mêmes caractères objectifs; mais peut-être était-il un peu plus fluide, et l'on pouvait penser qu'une sécrétion séreuse nouvelle était venue s'ajouter à l'épanchement et en délayer les principes constituants. Il se pourrait aussi qu'après la ponction une aspiration se fût produite, pendant les mouvements d'inspiration, sur les organes contenus dans la

poitrine; que cette aspiration eût cessé après que le côté gauche se fût déprimé sous l'influence de la pression atmosphérique, et qu'alors le cœur entraîné à droite par des adhérences eût obéi à leur action, momentanément vaincu par cette force aspiratrice. Quoi qu'il en soit, le malade éprouva un soulagement si considérable que, malgré mes recommandations, il profita de mon absence pendant quelques jours pour demander et obtenir sa sortie de l'hôpital. Il se sentait tellement bien qu'il put reprendre son métier de forgeron dans une usine; quelque temps après il est venu me voir. Le cœur n'était pas encore complètement retourné à sa position normale, dont il s'était cependant rapproché. On constatait encore de la matité avec absence de vibrations et d'élasticité et silence du bruit respiratoire dans plus de la moitié du côté gauche. A part une légère indisposition à l'essoufflement, une facilité à s'enrhumer qu'il a toujours eue, cet homme ne se plaignait d'aucun trouble sérieux dans sa santé; il était maigre, mais il avait bon appétit.

Au printemps de 1870, il avait été tenté de partir pour la Nouvelle-Grenade comme contremaître dans une usine, tant il se sentait en possession de ses forces. Plusieurs fois je l'ai engagé à entrer à l'hôpital pour s'y reposer et y être examiné avec soin, mais il s'y est toujours refusé.

Au mois de juin de cette année, j'ai revu encore ce malade; il était resté à Paris pendant le siège et avait pris part à la défense des remparts. Les privations, les émotions, les fatigues, les froids excessifs auxquels il avait été soumis avaient profondément altéré sa santé; il avait beaucoup maigri et avait craché le sang à plusieurs reprises. Les signes d'induration du tissu pulmonaire étaient plus accentués au sommet; le son était toujours mat, et la respiration très obscure dans la moitié postéro-inférieure du côté gauche. Ce côté était fortement déprimé, témoignage curatif de la thoracentèse. L'obscurité du son et du bruit respiratoire paraissait devoir être imputée aux néoplasies épaisses qui emprisonnaient et immobilisaient la base du poumon.

Le malade avait repris son dur métier d'ouvrier métallurgique; et il travaillait à la forge quand les nouveaux accidents, préparés par les épreuves des deux dernières années, sont venus briser ses forces. Il n'a pas même encore abandonné son métier, dont son patron avait adouci pour lui les rigueurs. Je le priai instamment d'entrer à l'hôpital; mais après y être resté quelques jours, il voulut en sortir et reprit son travail. Bientôt il éprouva une disposition à l'anhélation, qui se prononça de plus en plus. Quelques semaines après le retour de ces accidents, il sentit son cœur battre de nouveau à droite, et il revint me consulter. Outre l'altération générale de sa constitution, je fus frappé du changement survenu dans la configu-

ration de la poitrine : le côté gauche présentait une énorme voussure qui débordait dans tous les sens les plans du côté droit. Les trois quarts inférieurs donnaient un son mat à la percussion en avant et en arrière. Au sommet seulement on percevait une respiration rude et suivie d'expiration.

Le cœur battait de nouveau en dehors du mamelon droit. J'ai engagé ce malade à se rendre à l'Hôtel-Dieu, chez M. le docteur Fernet, actuellement chargé d'un des services de cet hôpital, pour y subir de nouvelles ponctions.

OBSERVATION DE M. DEBOVE.

Épanchement chyliforme dans la cavité pleurale gauche.

Le nommé L..., âgé de 63 ans, nous raconte qu'il y a trois mois il prit froid dans le courant de la journée, et que dans la soirée et la nuit qui suivirent il eut des frissons. A partir de cette époque, il fut oppressé, la toux devint fréquente, des palpitations survenaient facilement. Ces phénomènes augmentant, le malade entra à l'infirmerie de Bicêtre le samedi 16 avril 1881. Nous le voyons, pour la première fois, le lundi 18. L... est très affaibli, sa voix presque éteinte, son état général mauvais, ses extrémités sont froides et ont une teinte asphyxique. La dyspnée est intense, les palpitations sont pénibles; le pouls est petit, fréquent, régulier, très faible. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal gauche, près du sternum. La matité est complète du côté gauche du thorax, il n'y a même pas de bruit skodique. Absence de vibrations thoraciques, de murmure respiratoire. Pas de pectoriloquie aphone. Vers la racine du poumon, en arrière, on entend du souffle. Le diagnostic ne paraissait présenter aucune difficulté, il s'agissait d'une pleurésie avec épanchement considérable. Il semblait indiqué d'évacuer le liquide, mais la situation du malade était telle que nous hésitons, craignant de faire une opération inutile, d'accélérer la mort par une intervention chirurgicale. Le lendemain 19 avril, le malade est dans une situation analogue; nous nous décidons, néanmoins, à pratiquer la thoracentèse, sans nous dissimuler les dangers qu'elle pouvait présenter. Nous ponctionnons avec l'appareil de M. Potain, et nous avions extrait environ trois quarts de litre d'un liquide jaunâtre ressemblant à une émulsion, lorsque le malade se plaignit d'oppression, pâlit, et, au bout de quelques instants, fut pris d'une syncope mortelle. — Le liquide extrait par la ponction est jaunâtre, opaque; à un examen superficiel on le prendrait pour un liquide purulent, mais il ressemble *exactement à une émulsion*; il contient en outre des paillettes

micacées. Son odeur est nulle, sa réaction alcaline, sa densité 1,025. Examiné au microscope, il présente de nombreuses granulations graisseuses d'une grande finesse et quelques gouttelettes graisseuses plus volumineuses; les unes et les autres sont entièrement solubles dans l'éther. On y trouve encore une très grande quantité de cristaux de cholestérine qui forment par places de véritables amoncellements. Il ne contient pas de globules sanguins, mais un petit nombre de globules blancs, l'altération graisseuse de ces derniers est peu prononcée, et ils sont si rares, qu'il faut faire plusieurs préparations pour en trouver un seul. Par le repos il ne s'est pas formé de couche crémeuse à la surface du liquide, et il n'y eut pas de coagulum indiquant la présence de fibrine. Une portion du liquide, conservé dans un verre à expérience, ne présentait pas encore, quinze jours après la ponction, d'altération bien manifeste, n'avait pas d'odeur; ses caractères microscopiques étaient les mêmes, on y rencontrait seulement quelques organismes inférieurs.

Résultats de l'analyse faite par M. Yvon :

Matières organiques : 79 gr. 28	Albumine coagulable. .	68 gr.	00
	Cholestérine	3	80
	Matières grasses. . . .	3	40
	Matières azotées. . . .	1	50
Matières minérales.		7	10
Eau		13	62
Matières non dosées, pertes.		2	58
		100 gr.	00

L'autopsie fut faite vingt-quatre heures après la mort. On ne constata aucune lésion du cerveau, du foie, des reins, de la rate, du cœur, ni du poumon, si ce n'est que le cœur était déplacé et refoulé vers la ligne médiane, le poumon gauche refoulé vers la partie supérieure du thorax et aplati contre la colonne vertébrale. L'épanchement était de deux litres (ce qui fait trois litres, si nous tenons compte du liquide évacué par la ponction). Il présentait des caractères identiques à ceux que nous avons indiqués précédemment. Il était contenu dans une poche qui, dans toute son étendue, se confondait avec la plèvre. Cette paroi avait une épaisseur de quelques millimètres, était formée de plusieurs couches superposées; sa couleur était jaunâtre, semblable à celle du tissu jaune élastique. Elle rappelait l'aspect d'une aorte légèrement athéromateuse. Nous avons pratiqué des coupes minces de cette paroi épaisse, afin d'en connaître la structure histologique. Elle était formée de couches fibreuses et stratifiées, comme il s'en forme fréquemment à la surface de divers viscères et notamment de la rate. Ces diverses couches contenaient dans leur intervalle de fines granu-

lations graisseuses semblables à celles de l'épanchement : d'où la coloration jaune de la membrane; en certains points, elles étaient beaucoup plus abondantes et formaient à la surface de véritables taches. Ces trois caractères : couches stratifiées, coloration jaune, taches jaunes, expliquent la ressemblance si frappante de notre membrane avec une aorte légèrement athéromateuse. La cavité pleurale ne contenait ni néo-membranes, ni fausses membranes, ni flocons fibrineux en suspension dans le liquide; sa paroi, absolument lisse, ne présentait aucune trace d'ulcération, et, en raison de son épaisseur, elle a pu être enlevée dans toute son étendue, examinée avec soin, et nous avons spécialement noté l'absence de toute lésion pouvant faire croire qu'il y eût un orifice établissant une communication de la plèvre et du canal thoracique. Le médiastin était absolument normal.

CAS DE M. ZUBER.

Épanchement pleural chyliforme; tuberculose; alcoolisme.

A l'occasion du rapport qui fut fait du cas précédent, et lorsque le liquide fut soumis à l'examen de la Société médicale des hôpitaux, M. Zuber se rappela que lui-même un jour, il y a trois ans, avait trouvé un liquide de ponction absolument semblable chez un tuberculeux en même temps alcoolique, arrivé à la dernière période de sa maladie. Mais mon premier mouvement, dit-il, fut la stupéfaction : je n'en pus croire mes yeux, et finalement j'attribuai la surabondance étonnante de la graisse dans le liquide pleural à une cause d'erreur, une impureté, etc. Le malade mourut sans qu'il me fût possible de faire l'autopsie, et si je n'ai pas communiqué cette curiosité pathologique, c'est que j'étais persuadé, jusqu'à la communication de M. Debove, que j'avais été victime d'une mystification.

OBSERVATION DE M. HÉRARD.

(Union méd., 1881.)

Épanchement pleural chyliforme; ponctions, reproduction du même liquide; quatre thoracentèses en cinq ans.

Il s'agit d'un homme de 43 ans, journalier, sans antécédents héréditaires, qui, en 1874, dans le cours d'une bronchite, fut pris d'une pleurésie droite abondante, qui nécessita l'application de huit vésicatoires; mais, quand il arriva dans mon service, je fus obligé de lui pratiquer la thoracentèse, qui donna un liquide puriforme. Il fut rapidement guéri, du moins en apparence, car, trois mois après, il rentra de nouveau à l'hôpital et je

lui fis une nouvelle ponction, qui donna issue à plusieurs litres du même liquide. En 1875, troisième ponction, même liquide; il fut guéri; cette fois, pendant plus de trois ans. En 1881, je le retrouve dans le service de M. Moutard-Martin, avec un épanchement énorme. Une ponction faite avec l'appareil Potain donne un quart de litre d'un liquide épais, sortant avec peine. Substituant une aspiration plus énergique à la première, nous obtenons un liquide blanc, crémeux, ne contenant ni globules blancs, ni globules rouges, rien que de la cholestérine et de la graisse. Quelque temps après, le malade allait très bien. Le 4 mai dernier, il revient dans mon service ayant bonne apparence, mais se plaignant de dyspnée avec pesanteur dans le côté droit. En effet, la plèvre de ce côté s'était de nouveau remplie, et à l'aide d'un aspirateur, je lui enlevai encore 2,300 grammes d'un liquide puriforme qui, au bout de deux minutes, se sépara dans le vase qui le contenait en deux couches; la couche inférieure ressemblait à de la graisse figée; elle était composée d'une grande quantité de leucocytes entourées de granulations graissenses fines et nombreuses, sans cholestérine. Aujourd'hui le malade va bien. Le voilà encore une fois guéri, pour combien de temps? Je l'ignore. En résumé, voilà un malade qui, en cinq ans, a subi quatre thoracentèses pour une pleurésie non fébrile, avec épanchement tantôt graisseux et tantôt purulent.

CAS DE M. GRANCHER.

(*Union méd.*, 1881.)

Ascite graisseuse.

M. Moutard-Martin rappelle que M. Grancher a présenté récemment à la Société clinique une observation d'ascite graisseuse. Le liquide extrait par la ponction ne contenait aucun *globule purulent;* il présentait une opalescence manifeste. Chimiquement, l'examen a été fait avec soin au point de vue qualitatif, et il a été rencontré notamment des phosphates en grande quantité. Les nombreuses granulations d'apparence graisseuse, dont le microscope décelait l'existence, n'ont pu être dissoutes par l'éther; au contraire, elles l'ont été par le chloroforme.

OBSERVATIONS DU PROFESSEUR QUINCKE, DE BERNE.

(*Deutsches Archiv. für klinische Medicin.*, 1875, t. XVI.)

Première observation. — *Épanchement chylifère dans la cavité pleurale droite.*

Charles S..., 50 ans, domestique, jusque-là bien portant, tombe, le 28 décembre 1874, et la voiture qu'il conduisait lui passe sur le corps

alors qu'il était étendu mi-partie sur le côté droit et mi-partie sur le ventre. Il put rentrer tout seul à la maison, où un médecin fut appelé. Ce n'est qu'au bout de huit jours qu'il entre à l'hôpital pour une pleurésie. Il est fort et bien bâti. La température est normale. Extrémités fraîches. Pouls petit, irrégulier, 104. Délire sans plaintes. Collapsus.

Les blessures extérieures sont en voie de guérison.

Les septième et neuvième côtes gauches, fracturées sur la ligne axillaire, sont douloureuses et crépitantes. Bruits bronchiques dans le poumon gauche.

A droite, hydropneumothorax avec bruit de succussion très intense, bruit d'airain; le changement de position du malade amène un changement de niveau du liquide. Compression du cœur et du foie. Les espaces intercostaux ne sont pas douloureux. Respiration, 40. Toux rare. Expectoration d'abord liquide, puis d'un vert sale. Du reste rien d'anormal.

D'après les indications du médecin consulté, le malade ne se serait plaint que des blessures extérieures, et ce n'est que le troisième jour après l'accident que l'oppression était survenue. L'examen des poumons aurait alors donné les signes d'un épanchement dans la cavité pleurale droite. Le quatrième jour on constate aussi de l'air avec le liquide. Le malade attira lui-même l'attention sur le gargouillement qui se produisait dans sa poitrine.

A partir de ce jour, le volume du liquide augmente. Il n'y a pas eu d'hémoptysie, ni de douleur dans le côté droit de la poitrine.

Vu les habitudes alcooliques du malade, les excitations de toutes sortes ne produisent aucun effet: le cœur s'affaiblit, la dyspnée augmente; on est obligé, le dixième jour, de faire une ponction qui donne 1,800 c. c. de liquide. Une amélioration notable lui succède; le pouls devient plus fort et plus plein; la respiration est plus tranquille. Le liquide, rougeâtre d'abord par la présence d'un peu de sang qui se dépose en caillot au fond du vase, est blanc jaunâtre, de couleur laiteuse; après quelque temps, il se forme une couche supérieure blanche, crémeuse, de l'épaisseur de 1 millimètre, qui, au microscope, présente des gouttelettes graisseuses caractéristiques. De sorte que l'on diagnostique la rupture d'un vaisseau chylifère dans la cavité pleurale droite.

Le bruit métallique et le bruit de succussion diminuèrent et disparurent complètement après le douzième jour; mais il survient depuis la ponction un œdème douloureux qui, partant de l'endroit de la ponction, s'étend sur la moitié droite du thorax jusqu'à la moitié de la cuisse. La peau est légèrement colorée en rouge avec une nuance brunâtre. On introduit une canule dans le tissu conjonctif sous-cutané, et il s'en écoule goutte à goutte

un liquide laiteux (100 c. c. environ pendant une heure), un peu plus clair que celui de la cavité pleurale, avec la même composition microscopique. On essaya sans bon résultat de la compression permanente, à l'aide d'une pelote sur le point de la ponction. Les jours suivants, le liquide augmente. La matité s'étend, en avant jusqu'à la deuxième côte, en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate. Compression notable du cœur et du foie. Respiration difficile, 48. Pouls petit, 100.

Le dix-neuvième jour, nouvelle ponction. Quantité : 3,200 c. c. ; couleur légèrement jaunâtre, laiteuse. Après la ponction, amélioration relative. Cœur et foie légèrement comprimés. Pas de toux. Sur le point de la ponction, compression digitale d'une heure et demie.

Le lendemain, l'œdème du côté droit du thorax a diminué ; le surlendemain (vingt et unième jour de la maladie), il augmente de nouveau. Respiration, 44. Pouls, petit et fréquent. L'épanchement augmente et devient plus considérable qu'avant la seconde ponction. On se décide à contre-cœur à faire une troisième ponction, qui donne 1000 c. c. de liquide laiteux. Le collapsus va en augmentant et le malade meurt. Le délire, qui avait disparu dans les premiers jours de son séjour à l'hôpital, reparaît le dernier jour. L'appétit avait été assez bon. Le malade a pris une quantité notable de lait, de bouillon, de vin et d'œufs. Avant son entrée à l'hôpital, le malade n'avait pris exclusivement que du lait et de la bouillie d'avoine. La quantité d'urine, parue normale, n'a pas été mesurée. La température a varié entre 36 et 38°, le plus souvent 37° ; le soir de la deuxième ponction elle monte à 38°,8.

Autopsie faite par le professeur Laughans, douze heures après la mort. — Côté droit du thorax : infiltration œdémateuse du tissu conjonctif et musculaire ; le liquide, qui s'écoule par pression, est presque clair.

Le diaphragme s'élève au niveau du cinquième espace intercostal, à droite ; il est très convexe inférieurement.

Dans la cavité pleurale droite, environ 7,000 c. c. de liquide blanc jaunâtre, laiteux. La plèvre, complètement transparente, ne présente en aucun point d'injection, ni de coloration, ni d'épaississement. On trouve sur la plèvre, du côté du médiastin, des dépôts laiteux faciles à enlever. Il s'en trouve plus à la partie supérieure du médiastin et à la pointe de la cavité pleurale. Dans le tissu conjonctif sous-pleural, à l'extrémité antérieure de la première côte et de l'extrémité supérieure du sternum, on trouve un liquide blanc, laiteux, qui s'écoule dès qu'on enlève la fourchette sternale ; il n'y a pas de lésions de la plèvre même en cet endroit. Cette extravasation, de peu d'étendue, ne s'étend pas jusqu'au canal thoracique. Le canal thoracique, depuis son embouchure jusqu'à l'endroit où il ressort

derrière la sous-clavière droite, est rempli de sang coagulé; il ne présente en aucun point de déchirure, et à la pression il ne laisse pas écouler de chyle; sa partie inférieure ne peut être examinée. Le poumon droit, complètement comprimé, atélectasié, est adhérent à la partie latérale du thorax et ne présente aucune autre lésion. Le poumon gauche, plein de sang, est peu œdématié. Dans la cavité pleurale gauche, on trouve à peu près 100 c. c. de liquide séreux presque clair. Plèvre costale normale; les sixième, huitième et neuvième côtes sont fracturées; du reste, pas d'autres fractures. Le cœur et le foie sont déplacés, mais restés normaux. Les reins sont intacts. Dans la rate, on voit de petits foyers hémorrhagiques. Pas d'injection chylifère dans le mésentère, ni dans la muqueuse des intestins.

Dans l'abdomen et entre les anses intestinales, on trouve une petite quantité de liquide blanchâtre, 150 c. c. Le péritoine est normal.

Le liquide extrait pendant la vie du malade et celui trouvé après sa mort avaient tous deux le même aspect : celui de lait légèrement coloré en jaune; au repos, il formait une couche supérieure de crème blanche. Au microscope, ce liquide offrait de petits corps de différentes grosseurs réunis en forme de poussière ou de petits points. Ces petits corps se présentaient surtout isolés, arrondis; ils existaient en petits amas seulement dans la zone crémeuse. Au microscope, l'aspect était bien celui du chyle animal. On trouvait aussi de rares globules lymphatiques, et dans le liquide de la première ponction, une quantité considérable de globules sanguins, qui, après douze heures, avaient formé un caillot noir. Le liquide était sans odeur, sa réaction alcaline; en y versant de l'acide, il devient plus épais en devenant floconneux; par la cuisson, il forme un grand caillot blanc duquel filtrait un liquide clair qui se réduisait à la cuisson lorsqu'on ajoutait de l'oxyde de cuivre, et ne se réduisait pas à froid pour le liquide de la première ponction. Celui de la deuxième ponction ne se réduisait pas du tout sous l'action de l'oxyde de cuivre. Au repos, ni le liquide de la première ponction, ni celui de la seconde, ne donnaient de précipité (de savon) par la solution de chlorure de calcium.

En ajoutant de l'éther et en agitant, le liquide devint complètement clair, jaunâtre, comme celui d'un exsudat ordinaire, ayant à sa partie supérieure la couche mêlée d'éther, de consistance, de couleur, de volume pareils aux indications déjà données.

Le liquide de la troisième ponction donne les mêmes résultats.

Deuxième observation. — *Épanchement chylifère dans l'abdomen.*

Rosine N..., 30 ans, célibataire, maladive depuis son enfance. La sécrétion urinaire a souvent été anormale, et à l'âge de 12 ans elle a fait défaut pendant

plusieurs jours. Depuis l'âge de 12 à 15 ans, il s'est développé une grosseur œdémateuse de la partie supérieure de la cuisse et de l'avant-bras, qui est arrivée au degré où nous la voyons maintenant. Pendant l'hiver de 1873-74, la malade a plus souvent que d'habitude des affections de poitrine et d'estomac. Vers le printemps, et peu à peu, le ventre devient gros; la sécrétion urinaire diminue, et même s'arrête complètement pendant trois jours à la fin d'avril. Le 8 mai, vu le grand développement de l'ascite, on fait la première ponction, et on extrait 10 litres de liquide laiteux. L'ascite se renouvelle aussitôt.

La sœur de la malade, personne de 23 ans, a de l'éléphantiasis aux parties inférieures des deux cuisses, surtout de la cuisse droite. Le père et un frère, mort à l'âge de 18 ans, avaient la même maladie.

Je vis la malade au commencement du mois de juin 1874. C'était une petite personne très maigre, peu développée, paraissant plus jeune que son âge. Œdème dur des deux extrémités inférieures. La peau est épaisse, tendue, inégale. Le bras droit et la peau de l'abdomen sont œdématiés. Le visage et le bras gauche sont indemnes, mais ont dû être aussi œdématiés. L'ascite est considérable. Au cœur, rien d'anormal. La sécrétion urinaire est peu considérable, quelques centimètres cubes par jour seulement; jamais d'albumine.

La malade mange peu, du lait seulement.

Quelques jours plus tard, on fait une seconde ponction qui donne 10 litres de liquide moins laiteux, un peu plus clair, et en même temps bleuâtre.

Les ponctions suivantes (du 26 juin la plus rapprochée) donnèrent de nouveau un liquide laiteux. On ponctionna en tout six fois. L'œdème des extrémités inférieures diminua à partir du 26 juin.

Par beaucoup de fissures s'écoule une assez grande quantité de liquide clair d'abord, jaunâtre et opaque ensuite.

L'œdème des membres supérieurs était devenu presque nul à la fin de la maladie.

Il était survenu de la fièvre au moment d'une complication bronchique.

La mort survient par épuisement le 5 septembre.

Analyse du liquide ascitique de la première ponction. — Le liquide était blanc, laiteux, formant au repos une couche de crème, de réaction alcaline, sans odeur. Au microscope, il a le même aspect que le chyle; il présente une grande quantité de gouttelettes moléculaires et des corpuscules lymphatiques en partie graisseux (?). En ajoutant quelques gouttes d'éther et en secouant, le liquide devient tout à fait clair, jaunâtre, comme un exsudat ordinaire. L'éther laisse après évaporation une graisse épaisse. Le liquide dépourvu de graisse est très riche en albumine; le liquide désalbuminé

réduit l'oxyde de cuivre dans une solution alcaline à chaud, mais pas à froid.

La première ponction donne un liquide laiteux; celle de la seconde est bleuâtre et transparent; celui de la troisième est encore plus opaque que celui de la première, avec une teinte jaune; au repos, il se coagule spontanément, et plus rapidement encore si l'on ajoute du sang; après désalbumination, il ne réduit pas l'oxyde de cuivre, même à la chaleur; du reste microscopiquement il est le même que celui de la première ponction : comme lui, il ne rougit pas à l'air; il résiste à la putréfaction quoique exposé à la température d'été dans le laboratoire.

Première ponction, 8 mai. Poids spécifique, 1016; graisse (extraite par éther), 1,68 pour 100. — Troisième ponction, 25 juin. Poids spécifique, 1013; graisse (extraite par éther), 1,87 pour 100.

La graisse était solide dans ces cas à une température ordinaire, complètement liquide à 41°; mais le liquide de la première ponction durcit à 28°, et celui de la troisième à 23°.

Le diagnostic était donc la rupture d'un ou de plusieurs vaisseaux dont le contenu se déversa dans la cavité abdominale, le siège et la cause de cette rupture n'étant pas connus.

Autopsie. — Putréfaction très grande. Les organes abdominaux sont fortement colorés en vert, ceux du thorax sont imbibés de sang. Emphysème *post mortem* dans beaucoup de points; sous le péritoine pariétal, la paroi abdominale antérieure, dans la muqueuse de l'estomac et du gros intestin, dans le foie, la rate, les reins et les muscles du cœur.

Thorax. — Dans la cavité pleurale droite, 1 litre de liquide rougeâtre, peu clair, avec des flocons laiteux isolés qui s'attachent en partie à la plèvre costale et lui donne l'aspect ponctué; amas graisseux. Pas de signe d'inflammation du côté de la plèvre.

Dans la cavité pleurale gauche, un quart de litre de liquide rougeâtre, sans flocons. Les poumons des deux côtés congestionnés et légèrement œdématiés.

Dans le péricarde, même liquide que dans la cavité pleurale. Cœur flasque, assez gros, fortement putréfié; sang coagulé dans la cavité gauche; dans la cavité droite, sang liquide, rouge foncé, avec quelques membranes punctiformes. Endocarde et valvules saines. Dégénérescence graisseuse des muscles du cœur.

Dans l'abdomen, une grande quantité de liquide ayant les qualités microscopiques et macroscopiques du chyle. Pas de caillots; quelques efflorescences fibrineuses dans la partie inférieure de l'iléum. Dans le reste de l'abdomen, la séreuse et la paroi antérieure de l'abdomen sont épaissies,

faciles à détacher à cause de la putréfaction et réunies entre elles, ainsi que tous les organes de l'abdomen, par de nombreuses adhérences ligamenteuses. Dans plusieurs endroits, ces adhérences sont infiltrées de liquide chylifère et paraissent laiteuses et troubles. Cet aspect est très remarquable à la paroi de l'intestin grêle, dont les adhérences sont rougeâtres, légèrement opaques et épaisses; 2 à 3 centimètres au-dessus de la valvule cæcale, on voit une forte injection des vaisseaux chylifères par une masse laiteuse ressemblant au chyle et qui s'étend jusqu'au duodénum. Les vaisseaux chylifères sont plus ou moins dilatés. A côté de ces vaisseaux, on voit encore des taches rondes blanchâtres, légèrement proéminentes, de 2 à 3 millimètres de diamètre, et qui sont probablement des extravasations. A la coupe des vaisseaux chylifères on des extravasations, le liquide s'écoule; il est en caillots. On retrouve le même aspect sur toute la muqueuse tuméfiée de l'intestin grêle, surtout sur la partie supérieure des replis. A la partie inférieure de l'iléum, sur un espace de 20 centimètres à peu près, il n'y a plus que de petits points blancs disséminés. Les vaisseaux chylifères sont injectés jusqu'au mésentère; là, ils ne le sont plus. Les glandes du mésentère sont petites, sans amas de chyle.

Rien d'anormal au conduit thoracique. L'obstacle à l'écoulement du chyle doit donc être recherché dans le mésentère, au point où l'intestin s'y attache. On trouve peu de chose : les deux feuillets du mésentère sont épaissis; il n'y a pas de graisse, mais un tractus de tissu conjonctif et des adhérences à la paroi inférieure qui réunissent entre eux les nombreux replis du mésentère. C'est ainsi que les vaisseaux chylifères sont rétrécis et même fermés, ce qu'on n'a pu examiner à fond vu l'état de putréfaction. Cette inflammation chronique était située au point de réunion du mésentère et de l'intestin grêle, de sorte que l'on pouvait très bien sentir le rebord du mésentère, qui était plus dur et moins élastique qu'à l'ordinaire.

Le foie est légèrement adhérent au diaphragme, assez gros, très putréfié; durcies pendant trois semaines dans l'alcool, les cellules sont encore visibles, se séparent facilement; elles sont remplies de fines gouttelettes graisseuses.

La rate est un peu plus grosse qu'à l'état normal; elle est très putrifiée.

Les capsules surrénales sont ramollies. Les reins sont plus petits, à surface lisse: la capsule est facile à enlever; gouttelettes graisseuses dans les glomérules, ainsi que des cellules épithéliales dans les canalicules.

L'estomac et le gros intestin n'ont rien de particulier; le contenu du gros intestin est bilieux et est en bouillie.

Le pancréas est anormalement petit.

La séreuse de l'estomac est surtout pigmentée.

Le corps de l'utérus, placé à gauche, est peu volumineux.

Les membres n'ont pas été examinés à cause de la putréfaction.

Troisième observation. — *Hydropisie adipeuse; noyaux carcinomateux disséminés.*

F... M..., âgée de 33 ans, mère de plusieurs enfants. Dernier accouchement normal, en automne 1874. Six semaines plus tard, elle a ses règles, une fois seulement. Bientôt après, elle remarque que son ventre commence à grossir; elle a de la peine à respirer et elle a moins d'appétit. Le 17 février, elle entre à l'hôpital de Berne (1875).

Cette femme est petite, maigre, pâle. Pas de fièvre, pas d'œdème. Abdomen distendu par du liquide (103 centimètres) et assez ballonné. Diaphragme repoussé en haut et les organes abdominaux repoussés en bas. Rien de particulier dans les organes. On n'entend le son tympanique des intestins que lorsqu'on appuie fortement le plessimètre. Le changement de position déplace à peine le son tympanique (brièveté du mésentère). Urines, 400 à 600 c. c. par jour.

Le 5 mars, la dyspnée augmentant, on fait une ponction qui donne 8000 c. c. d'un liquide jaune clair, mais tout de suite trouble et laiteux. Poids spécifique, 1023. Réaction alcaline. A la chaleur, il se coagule en une masse consistante. Au repos, formation d'une zone supérieure crémeuse; ce qui est au-dessous est transparent. Au microscope, la couche crémeuse offre des globules grénus (de la graisse). La palpation après la ponction fait sentir une bride grosse, noueuse, s'étendant au travers de l'épigastre. Pas d'autres tumeurs. La petite plaie faite par la ponction est fermée par une suture.

Les jours suivants, il se forme autour de la plaie (10 centimètres de diamètre) un œdème subaigu; la plaie est douloureuse et un peu dure; la douleur diminua peu à peu.

L'état général s'améliora après la ponction, l'appétit augmenta, mais le liquide se reforma. La malade demande à rentrer chez elle, où elle est de nouveau ponctionnée le 24 avril. Le liquide, semblable à celui de la première ponction, forma des caillots plus rapidement. Poids spécifique, 1018. En plus des globules grénus, il offre des cristaux de cholestérine

Le collapsus augmentant, la malade mourut le 31 mai.

Autopsie, vingt heures après la mort. — Le feuillet pariétal du péritoine a de 3 à 5 millimètres d'épaisseur; il est transparent, blanchâtre, offre des proéminences et des plaques de 1 à 10 millimètres, ces dernières sont jaunâtres et ressemblent aux plaques athéromateuses des lésions internes

de l'aorte. On peut enlever de leur surface, par raclage, une bouillie blanchâtre. Les anses intestinales forment une seule masse qui, à cause de la brièveté du mésentère, est accolée à la colonne vertébrale. L'enveloppe péritonéale de l'intestin grêle présente de nombreuses plaques épaisses et blanchâtres entourées de brides et fortement injectées. Le grand épiploon, revenu sur lui-même en une tumeur dure et mamelonnée, relie le côlon transverse à l'estomac. Cette tumeur est plus épaisse au niveau de la première flexion du côlon, où elle forme une masse squirrheuse et dure qui contient des noyaux ramollis en bouillie crémeuse et des gouttelettes de graisse isolées. L'estomac est normal; sa muqueuse, hyperhémiée par places, avec traces d'hémorrhagies récentes, est très épaissie du côté du pylore. Nulle part de carcinôme ou d'ulcérations. Les muscles de la partie pylorique sont très épaissis (8 millimètres); même épaississement de la partie correspondante du côlon transverse; la muqueuse duodénale est déchiquetée; le canal cholédoque est libre; la vésicule biliaire est grosse; le péritoine, épaissi, adhère à la veine porte hépatique; le foie, d'une grosseur normale, est brun et flasque; la rate est un peu élargie, la capsule épaissie; état normal des ovaires; absence de carcinôme dans le foie, la rate, les reins, le péritoine, le rectum, l'utérus et les ovaires. Dans les deux cavités pleurales, surtout à droite, épanchement laiteux. Des deux côtés, le long des espaces intercostaux, surtout à gauche, des rangées de noyaux carcinomateux sous-pleuraux. Infiltration carcinomateuse dan le diaphragme, surtout à gauche. Sur les deux poumons, des noyaux carcinomateux blancs sous-pleuraux, de la grosseur d'une tête d'épingle, avec des adhérences pleurales récentes. On en trouve aussi un groupe assez étendu au bord du poumon droit; pas de noyaux carcinomateux dans le poumon même. Cœur très petit. Au niveau de la ponction, dans le tissu conjonctif sous-cutané, un noyau dur et élastique de la grosseur d'une noix. A la coupe et par la pression, il s'écoule comme d'une éponge un liquide crémeux. Au microscope, on trouve dans ce suc une masse de petits glomérules de même qualité que ceux du liquide de l'ascite, ainsi que des gouttelettes de graisse. On trouve aussi les mêmes éléments et de plus des plaques de cholestérine. Des abcès superficiels du péritoine il sort par la pression un suc peu abondant, qui contient des cellules polygonales isolées, à gros noyaux. Les pièces furent durcies au chromate de potasse et à l'alcool. On trouve dans le péritoine des foyers de cellules carcinomateuse, qui, colorées au carmin, sont plus visibles. Dans l'estomac, pas de traces de cellules carcinomateuses; la muqueuse est très hypertrophiée; toute la muqueuse est converte de nombreuses cellules arrondies, de la grosseur des cellules lymphatiques, mais avec de gros noyaux et paraissant

être contenues dans un tissu à mailles serrées. Les glandes ont disparu; par endroits, on en retrouve des traces.

OBSERVATION DU PROF. FRIEDREICH, DE HEIDELBERG.

(Citée par Quincke, *loc. cit.*)

Ascite laiteuse; scrofulose ganglionnaire; péritonite tuberculeuse.

Une petite fille de 12 ans, G. S., souffrant depuis 14 jours de gonflement des glandes du cou et de l'estomac, est admise à l'hôpital clinique pour une forte ascite. La ponction donne 8000 c. c. d'un liquide complètement opaque, *laiteux*; poids spécifique 1015. L'analyse microscopique montre, à part les détritus graisseux, des globules graisseux avec leurs stades de développement et leur provenance de cellules graisseuses dégénérées. Après un traitement de deux mois et quatre ponctions qui donnèrent un liquide pareil à celui de la première, la malade meurt avec une forte toux et un fort gonflement des glandes du cou.

L'autopsie montre la scrofule des glandes lymphatiques de l'abdomen, du médiastin et des glandes lymphatiques cervicales, des foyers de broncho-pneumonie caséeuse dans les deux poumons. Tuberculose miliaire et agrégat tuberculeux dans le foie; tubercules dans le péritoine.

AUTRE OBSERVATION DE QUINCKE.

(*Loc. cit.*)

Ascite graisseuse; scrofulose et tuberculose.

Une petite fille de 10 ans, L. M., un an après une scarlatine, a une forte diarrhée et des douleurs de ventre; peu à peu l'abdomen se gonfle. A son entrée à l'hôpital, elle présente une ascite considérable qui nécessite une ponction. Le liquide retiré est de 5000 c. c., poids effectif 1010; il est opaque à sa sortie et le devient encore plus après douze heures de repos; il présente une mince couche supérieure crémeuse qui se prend en caillot lorsqu'on agite le liquide. Au microscope, on trouve dans le liquide et dans les caillots, peu de fibrine et des petits grains brillants, les uns étoilés, les autres agglomérés; d'autres sont contenus dans des cellules lymphatiques. Au moyen de l'éther, on peut extraire du caillot un peu de graisse. Le liquide était albumineux et contenait des granulations graisseuses provenant vraisemblablement de cellules dégénérées. Après la ponction, on ne constate qu'un agrandissement régulier du foie. L'abdomen n'est pas douloureux. Le liquide se reproduit assez vite. Eu égard à la cause de l'ascite on peut diagnostiquer, scrofulose des glandes mésenté-

riques et tuberculose du péritoine. Malheureusement la malade ne peut être observée plus loin.

CAS DE BACCELLI.

(Union méd., 1876.)

Épanchement graisseux pleural; accouchement récent; ponctions; guérison.

Une femme contracte une pleurésie quatre jours après être accouchée; elle subit différents traitements énergiques, et, n'étant pas rétablie après plusieurs mois, elle entre dans le service du professeur Baccelli. Il constate les signes d'un épanchement occupant tout le côté droit, avec souffle bronchique. La voix aphonique se transmettait avec une parfaite limpidité dans toute l'étendue du thorax, tant en avant qu'en arrière. On diagnostique un épanchement d'une consistance tenue dans toute la cavité du côté droit. On pratiqua la thoracentèse, et l'on vit jaillir un liquide jaunâtre, opaque, visqueux, acide, et qui avait l'apparence du pus. Cependant, ce liquide, examiné au microscope, *ne renfermait pas de cellules purulentes, mais des myriades d'éléments granulo-graisseux*; traité par l'éther, il devenait transparent, citrin et ne présentait au microscope aucun élément figuré. Pour M. Baccelli, ce n'était pas du pus, mais une simple et complète métamorphose graisseuse des exsudats (Schietta e completa metamorfosi grassa degli essudata). Après une amélioration passagère, les symptômes pleurétiques reparurent avec des accès de fièvre vespéraux. Le liquide s'était reproduit, mais cette fois, la voix aphone n'était pas transmise dans toute la hauteur de l'épanchement; et là où on la percevait, elle était moins nette que la première fois. On pratiqua une seconde ponction et, comme on l'avait prévu, le liquide, qui était épais, filant, légèrement acide, renfermait, outre des éléments granulo-graisseux, un grand nombre de cellules purulentes. On imputa à l'inflammation provoquée par le traumatisme ce changement survenu dans la nature de l'épanchement. Se sentant très soulagée, la malade réclama sa sortie et se rétablit.

Ce cas est rapporté par M. Guénean de Mussy, dans l'*Union médicale*, au moment de la découverte de la pectoriloquie aphone et de la discussion qui s'établit à son sujet. Le professeur Baccelli vit dans cette observation un argument décisif du signe qu'il préconisait, puisqu'il renseignait mieux sur la nature du liquide que l'examen direct à l'œil nu.

OBSERVATION DE SAVIARD.

(Nouveau Recueil d'observations chirurgicales. Paris, 1702.)

D'une hydropisie très singulière dont la relation m'a été communiquée par M. Paucy, le jeune maître chirurgien juré à Paris, où j'ai assisté une fois à l'opération.

Il y avait plus de quinze mois que Marie-Jeanne Le Blanc, demeurant au faubourg Saint-Martin, était attaquée d'une hydropisie fort extraordinaire, comme on le verra dans la suite, sans que l'on y remarquât un accroissement bien sensible, lorsqu'en deux mois de temps la tumeur de son ventre s'augmenta si prodigieusement, que M. de Vernage, docteur en médecine de la Faculté de Paris, M. Beissier, maître chirurgien juré ayant été mandés conjointement avec moi, pour le soulagement de cette malade, nous convînmes unanimement que la paracentèse était le secours le plus prompt et le plus efficace que l'on pût employer dans le danger où elle était d'une suffocation prochaine, ses forces d'ailleurs se trouvant suffisantes pour supporter cette opération. La chose étant ainsi résolue, je lui fis pour la première fois la ponction du côté gauche du ventre, le 2 juillet 1699, et je tirai par cette ponction 13 pintes d'une liqueur blanche et épaisse, *très semblable au lait*, sans mauvaise odeur, portant au nez celle d'un vin aigri et douceâtre, et paraissant au goût un peu fade et un peu salée.

Les six premières pintes furent tirées très blanches et très égales, et sortirent par la canule avec beaucoup de vitesse et de facilité, la liqueur paraissant fort écumeuse dans le vaisseau où elle était reçue; les sept autres pintes sortirent avec plus de difficulté; et il fallut, pour en faciliter l'issue, que je plongeasse un stylet dans le ventre au delà du tron de la canule, pour écarter une espèce de crème qui nageant sur toute la liqueur bouchait en partie le canal de cet instrument, et ne permettait pas à la liqueur une issue fort aisée. Toutes les fois que je retirais le stylet hors du ventre, il se trouvait chargé d'un corps liquide, gras, très blanc, très épais, sans odeur, et tout semblable à la crème du lait. Les deux dernières pintes que j'en tirai étaient très chargées de petits grumeaux de crème que la liqueur charriait avec elle en sortant, et que l'on distinguait aisément à la sortie.

On vit dès le soir un travers de doigt de cette espèce de crème sur toute la surface de la liqueur, que l'on avait mise dans un vaisseau de dix pintes, et dans un plus petit, dont la superficie était jaunâtre, le dessous paraissait très blanc; l'on en réserva un peu dans une fiole,

que l'on garda cinq jours entiers, sans qu'elle fût altérée ; après cela il se forma au-dessus un corps très épais, blanc, friable, et tout semblable au beurre, si ce n'est qu'il était d'une couleur plus blanche que le lait du beurre ordinaire.

Cette observation ayant été réitérée après toutes les ponctions que l'on fit à la malade, elle réussit toujours de la même manière ; en sorte que le caractère de la liqueur, aussi bien que les expériences que l'on fit sur elle, donnèrent toujours lieu de présumer qu'elle n'était autre chose qu'un chyle dissout, dans beaucoup de limphe, qui était épanché dans la capacité du ventre, par la ruption de quelques vaisseaux lactés du mésentère.

Le mardi 14 juillet suivant, la tumeur du ventre ayant repris son premier volume, je fis une seconde paracentèse au côté droit, par laquelle je tirai 13 autres pintes de liqueur aussi blanche, mais un peu moins chargée de crème que la première.

Le lundi 27 du même mois, je fis la troisième ponction au côté gauche et je tirai 15 pintes de liqueur encore moins chargée de crème que les deux premières fois.

Le samedi 8 août suivant, je tirai par une nouvelle ponction 13 pintes d'une liqueur semblable à celle que j'avais tirée la troisième fois, si ce n'est qu'elle sentait un peu l'huile forte.

Le jeudi 20 du même mois, une cinquième ponction fournit 14 pintes toutes semblables, et le samedi 29, la sixième paracentèse en laissa couler 12 pintes d'une consistance toute pareille, mais qui avait un peu retenu de la couleur et de l'odeur du safran, que la malade avait pris quelques jours auparavant, par l'ordre de M. de Vernage ; ces trois ponctions toujours faites alternativement du côté droit au côté gauche, et aussi des suivantes.

Le lundi 7 septembre suivant, la malade se trouva tellement oppressée, que je fus obligé de lui faire l'opération à dix heures du soir, par laquelle je tirai 13 pintes de la même liqueur ; sur quoi il est bon d'observer que les grandes évacuations procurées à la malade par ces sept ponctions que je lui avais faites en si peu de temps ne l'avaient aucunement affaiblie, puisque le jour suivant, 8 septembre, elle eut la force d'aller à pied faire ses dévotions aux Capucines.

Le mercredi 16 septembre, je tirai 12 pintes de liqueur par une huitième ponction ; et 13 pintes le 28 du même mois.

Le 7 octobre suivant j'en tirai 14 pintes ; le 15 du même mois, 15 autres pintes ; le 23, 16 pintes ; 15 pintes le 31. La liqueur tirée par ces quatre ponctions ne parut différer des autres, qu'en ce que celle du 7 octobre

avait un peu l'odeur du céleri, et celle du 23 était un peu moins salée que les précédentes.

Pendant le cours du mois de novembre suivant, je lui fis encore trois autres ponctions, savoir une le 9, par laquelle je lui tirai 15 pintes de la liqueur. Je lui en tirai 16 pintes le 17; et 16 autres pintes le 27.

Le 7 décembre suivant, je lui tirai 17 pintes de la même liqueur, mais un peu moins salée que celle du mois précédent. Or, il est à remarquer que jusqu'à cette ponction qui fut la seizième, la malade avait en presque toujours bon appétit, qu'elle avait beaucoup mangé et bu; que son ventre faisait bien ses fonctions, que ses urines coulaient en abondance et avec facilité; encore qu'elle allait et venait sans peine; bien qu'elle eût toujours une petite fièvre lente, elle semblait néanmoins s'accoutumer à son mal.

Le lundi 21 du même mois de décembre, par une dix-septième ponction, je lui tirai 14 pintes de liqueur comme la dernière. Quelques jours après, la malade ayant été purgée un peu fortement avec le jalap et la gomme-gutte, par le conseil d'un particulier qui était de sa connaissance, elle vida par le siège, à deux ou trois fois plein deux pots de chambre d'une matière épaisse, blanche et semblable à de la crème cuite, et quoique ce purgatif ne lui eût fait aucune violence pendant son opération, sa fièvre ne laissa pas d'augmenter, son appétit qui jusque-là avait été très vif, commença à diminuer, et elle eut un dévoiement qui empêcha son ventre de se tuméfier aussi promptement.

Le 9 janvier 1700, je lui tirai par une nouvelle ponction 17 pintes de liqueur, un peu moins épaisse et moins blanche, mais un peu plus douce que celle que je lui avais tirée les deux dernières fois. Le 21 du même mois, je lui en tirai 13 pintes, qui étaient encore plus douces et plus limpides que la dernière. Après cette neuvième paracentèse, la malade qui s'était déjà fort exténuée, depuis le redoublement de sa fièvre et son cours de ventre, s'affaiblit encore considérablement par la continuation des mêmes symptômes.

Le 15 février suivant, la malade dont le ventre s'était extrêmement tuméfié se trouvait de plus si cruellement travaillée d'une oppression de poitrine, que plusieurs chirurgiens qui était présents, la croyant prête à expirer, doutaient que l'on dût encore tenter la ponction, eu égard au peu de forces qu'elle avait pour la supporter; ils s'y seraient absolument opposés, si je ne les ensse assurés que je la lui avais déjà faite dans un pareil état, et qu'elle en avait été tout à fait soulagée dans l'instant même; sur quoi, n'ayant point hésité à lui réitérer un secours si utile, dès que je lui eus tiré 12 pintes de liqueur par une nouvelle ponction, elle respira beaucoup plus librement, mais la fièvre et le dévoiement continuèrent.

Le 26 du même mois, la deuxième et dernière ponction que je lui fis donna issue à huit pintes d'une liqueur mélangée de blanc et de verdâtre, médiocrement épaisse, et d'une très mauvaise odeur. Il n'est pas inutile d'observer que si un premier purgatif un peu fort lui avait causé de fâcheux accidents comme je l'ai marqué ci-dessus, une demi-dragme de de méchoacam qu'elle avait prise le jour avant cette dernière ponction, et qui avait considérablement opéré par les selles, causa des changements à la matière qui furent d'un mauvais présage, puisqu'elle mourut le 4 mars suivant, âgé de 19 ans et quelques mois, entre six et sept heures du soir.

Une hydropisie aussi particulière que celle dont il s'agit, tant par le caractère de la liqueur qu'on en avait tirée, laquelle était toujours chyleuse, que par sa quantité qui se monta jusqu'à 289 pintes, n'ayant pu manquer de faire beaucoup de bruit dans Paris; n'y ayant pas eu jusqu'ici de relation en médecine, qui ait fourni un exemple semblable, il se trouva presqu'à toutes les ponctions que je fis à cette malade un grand nombre de médecins et de chirurgiens célèbres, qui étaient bien aises de ne croire qu'à leurs propres yeux; outre quantité de personnes de considération, que la curiosité de voir un fait très rare y amenait de toutes parts. A mon égard, piqué autant qu'aucun autre du désir de savoir au vrai d'où procédait cette grande quantité de matière laiteuse, et la dernière ponction me faisant appréhender quelque pourriture au dedans du cadavre, je crus n'en devoir pas différer l'ouverture jusqu'au lendemain, en sorte qu'incontinent après le décès de la malade, je priai M. de Vernage de vouloir bien, dans la nuit même, m'honorer de sa présence et de ses avis, dans la dissection que je méditais de faire au plus tôt; et MM. Leauté et Duchêne, mes confrères, voulurent bien aussi m'aider de leur dextérité.

Nous étant donc assemblés et mis en devoir de procéder à cette ouverture, nous remarquâmes d'abord le corps très émacié et, en ouvrant les téguments du bas-ventre, j'observai que ces enveloppes générales, tant communes que propres, n'avaient pas plus de trois à quatre lignes d'épaisseur jusqu'au péritoine.

Ce dernier tégument étant ouvert, nous aperçûmes d'abord que les parties qui se présentèrent les premières dans cette capacité avaient une couleur assez naturelle, quoiqu'elles nous frappassent d'une assez mauvaise odeur.

L'épiploon s'était tellement fondu, qu'il n'en restait plus que de légers vestiges, aux endroits de ses adhérences à l'estomac et au pancréas. Nous vîmes sur la surface des intestins, et entre leurs contours, quantité de fila-

mandres blanches et crémeuses, assez compactes pour résister à un léger tiraillement; et assez tenaces pour adhérer faiblement à la surface des parties. Ces sortes de coagulations laiteuses étaient en plus grande quantité qu'ailleurs, au fond du ventre, vers le centre du mésentère, dans l'hypogastre vers les aines.

Nous épuisâmes ensuite avec des éponges environ 2 pintes de liqueur plus blanche et plus laiteuse que celle que j'avais tirée dans les trois dernières ponctions, qui remplissait tout l'hypogastre et les parties voisines. L'estomac et le conduit intestinal étaient si fortement gonflés et tendus par les vents, et la grosseur contre nature du mésentère les soulevait si fort au-dessus des autres viscères contenus dans cette cavité, que l'on n'en apercevait aucun; pas même le foie, qui était fort enfoncé sous le diaphragme et comme aplati, et tellement étendu en largeur, qu'une portion de son petit lobe était si fortement attachée à la rate, à l'estomac et au pancréas, et par la partie gibbe au diaphragme, qu'on ne pouvait l'en séparer sans le déchirer; et sa couleur était fort noire. La vessie du fiel était toute flétrie, et absolument vide de la liqueur qu'elle contient ordinairement.

On apercevait sans peine, dans le tissu de la membrane, qui couvre le foie, des glandes gonflées, dont les plus grosses étaient comme de petits pois. Ces glandes imperceptibles au péritoine, quoique nées avec lui, étaient distinguées sur tous les autres viscères que sa membrane recouvre; et l'on en remarquait de plus grosses que le pouce en différents endroits de la surface du conduit intestinal, aussi bien que sur la rate qui était d'ailleurs saine, et au fond de l'hypogastre vers la vessie, où elles ressemblaient à des glandes miliaires, semées sans nombre sur une taille.

Le progrès des vaisseaux iliaques à droite et à gauche était recouvert de paquets glanduleux gros comme des œufs de poule; et il y avait même des glandes séparées grosses comme des œufs de pigeon. Il sortit de ces glandes, lorsqu'on les ouvrit, une matière très blanche et très épaisse, semblable à de la crème cuite, laquelle étant dissoute dans de l'eau, faisait corps avec elle et formait une liqueur blanche et aussi épaisse que celle que j'avais tirée par les premières ponctions.

Après l'examen de ces parties, nous voulûmes nous assurer d'où avait pu partir toute la liqueur qui avait été tirée du ventre de cette malade; et comme la grosseur démesurée que nous avions d'abord remarquée au mésentère nous avait fait présumer qu'il en était la source, nous fûmes bien aise de nous convaincre si les intestins n'y avaient pas aussi quelque part. Pour cela, nous fîmes les ligatures que nous jugeâmes nécessaires, et nous fîmes ensuite des injections d'eau tiède dans le conduit intestinal,

pour reconnaître s'il ne s'en échapperait pas quelque portion, ce qui n'arriva pas. Nous vîmes ensuite à l'examen du conduit intestinal, que nous prîmes au pylore, lequel nous trouvâmes attaché au foie, à la rate, au pancréas, au mésentère, à l'épiploon, et même à plusieurs circonvolutions d'intestin grêle et gros. Nous le suivîmes de la longueur de douze à quinze pouces, sans y rien trouver d'extraordinaire; mais nous remarquâmes au commencement du jujénum une espèce de poche membraneuse, toute converte de ces filandes crémeuses dont nous avons déjà parlé, et que nous retrouvâmes remplie, après l'avoir ouvert inopinément, d'une liqueur blanche et laiteuse, dont nous recueillîmes environ deux cuillerées.

L'endroit étant bien essuyé, et la liqueur bien pompée avec l'éponge, nous aperçûmes dans le fond de cette poche, justement à l'endroit où le jéjunum commence à s'attacher au mésentère, un trou rond et fistuleux, dans lequel nous fîmes entrer sans peine un stylet d'argent, qui pénétra, sans rien forcer, un bon pouce dans le corps glanduleux du mésentère, qui était fort dur et fort gonflé, mais sans aucune lésion du côté de l'intestin; cette grosseur extraordinaire du mésentère n'était qu'à peine empoignée par la main et avait son progrès plutôt du côté droit que du côté gauche. J'introduisis ensuite un stylet dans le trou fistuleux, avec lequel je le dilatai, ce qui me donna lieu de pousser, sans rien détruire, jusqu'au diaphragme, après quoi j'ouvris, dans ce corps glanduleux, une espèce de canal semblable à celui d'une plume à écrire, qui nous parut très égal dans son milieu, et comme recouvert d'une membrane. En continuant l'examen de ce conduit, je découvris qu'il avait des clapiers à droite et à gauche, que j'ouvris pareillement, et qui nous parurent avoir été formés dans le propre corps du mésentère, qui avait été tellement grossi par les obstructions de ses glandes, qu'il semblait être dégénéré en squirrhe; la matière que contenaient ces glandes était semblable à celle que nous avions trouvées dans les glandes du péritoine. Après cela, pour pousser plus oin notre recherche, nous séparâmes le diaphragme à l'endroit de l'épine et à l'entrée de la poitrine, nous observâmes, en suivant le canal thoracique à droite et à gauche, deux glandes grosses comme des féveroles, plus longues que larges, fort blanches et fort aplaties, qui étaient pleines d'une matière fromagense, la gauche étant néanmoins de moitié plus grosse que la droite, et environ de la longueur de la moitié du petit doigt. Continuant à suivre le canal thoracique, en montant sur l'épine, nous remarquâmes plusieurs glandes l'une sur l'autre, enfilées, pour ainsi dire, comme des grains de chapelets, remplies de la même matière caséeuse, et ne cessant d'observer la même chose jusqu'à la clavicule gauche et vers la sousclavière, nous eûmes lieu de découvrir à la partie interne et supérieure de

la clavicule, au-dessous des vaisseaux qui rampent de ce côté-là, une glande grosse comme le petit doigt, longuette et aplatie, remplie de la même matière. Les autres parties du bas-ventre et celles de la poitrine n'avaient pour toute autre lésion remarquable qu'une flétrissure générale, qui marquait la consomption qui s'était faite peu à peu de tout le sujet par la longueur de la maladie, et qui en avait enfin causé la destruction entière que nous appellerons sa mort.

On peut considérer la maladie, dont je viens de faire le récit le plus simple et le plus succinct qu'il m'a été possible, comme une hydropisie compliquée, qui a dû sa naissance aux obstructions qui se sont également formées, et dans les vaisseaux et dans les glandes qui servent à la filtration, à la conduite du chyle, avant qu'il soit absorbé dans le torrent de la liqueur rouge, et dans les glandes et les canaux qui sont destinés à la séparation et à la distribution de la lymphe par toute l'habitude.

OBSERVATION DU DOCTEUR HERMANN SMIDT.

(*Zeitsch. f. Klin. Med.*, 1880, t. II.)

Ascite chyliforme.

En avril 1880, on a observé un cas d'épanchement chylifère dans l'abdomen, à l'hôpital des *Barrakers*, de Berlin.

Antécédents : Père et mère vivants et bien portants; cinq frères et sœurs, dont trois bien portants et deux sont morts à l'âge de 7 à 8 ans de maladies inconnues. Le malade, Franz Görtz, est né le 28 octobre 1869. En 1870, il a une forte variole avec une complication de pneumonie, qui plus tard se renouvelle. Dans la suite, le malade a eu la rougeole, après quoi il souffre pendant très longtemps de catarrhe des bronches et des intestins. Au printemps de 1877, alors que sa santé paraissait bonne, il survint un gonflement de l'abdomen. Son médecin l'envoie à l'hôpital. Il y reste et en sort guéri en apparence. Cela dura un an. Vers Noël 1878, l'ascite réapparaît et le malade est soigné à l'hôpital catholique jusqu'à Pâques 1879. Depuis sa sortie, le gonflement avait continué, mais à un degré modéré, jusqu'à une nouvelle recrudescence du liquide en février 1880; ce qui força le malade à entrer à l'hôpital de la Clinique, chez le professeur Langenbeck. Une grande quantité de *liquide laiteux* lui est aussitôt enlevée par une ponction. Au bout de quatre semaines, le malade s'en va, mais l'ascite augmentant rapidement, le malade entre le 30 mars à l'hôpital des Barrakers.

État actuel : Le malade est couché, mais se lève facilement. Son esprit est lucide. Il ne se plaint de rien en particulier. Peau pâle. Pas d'anasarque, pas d'exanthème. Le système musculaire et le système graisseux

sont peu développés, mais pas d'émaciation notable. Les os sont mal développés; au thorax, traces d'épaississement des cartilages costaux. Respiration difficile, plutôt costale. Pas de tension dans les muscles du cou. Pouls petit, 120. Langue blanche sur la partie médiane. Les glandes ne paraissent pas gonflées, si ce n'est une de la grosseur d'un pois, située à l'angle du maxillaire inférieur. Les muqueuses visibles sont pâles, sans sécrétions anormales. Le sang offre une diminution des globules rouges et une augmentation relativement petite des globules blancs. Râles sonores, marqués aux deux sommets en avant. Matité depuis la troisième côte; à droite, depuis la quatrième côte, cette matité se transforme en bruit tympanique sourd. En arrière, pas de différence à l'auscultation. Sur toute l'étendue des poumons, la respiration vésiculaire est faible; à gauche encore plus qu'à droite. A droite, en avant et en arrière, quelques râles crépitants.

Abdomen extraordinairement développé. Le plus grand diamètre a 87 centimètres. La peau, très tendue; les veines, très visibles. Dans la partie supérieure jusqu'au nombril, bruit tympanique. La limite de la matité est horizontale. Fluctuation marquée. Dans la station assise, la fluctuation monte jusqu'à l'appendice xiphoïde. La rate et le foie ne sont pas palpables. Le scrotum très tendu n'est pas transparent. L'appétit est bon. Les selles retardées présentent un peu de bouillie.

Urines : tous les jours 600-700 ccm. Poids spécifique 1014-1019; acides, jaune clair. Pas d'albumine. Les jours suivants, le malade reste au lit. Le diamètre de l'abdomen augmente jusqu'à 89 centimètres. Le pouls oscille entre 96-120. La respiration reste difficile, 30; sans augmentation particulière de la dyspnée. Température : 36-37° centigrades. Le 5 avril, ponction de 6350 ccm. de liquide laiteux. Poids spécifique 1022; réaction neutre et contenant beaucoup d'albumine et de graisse. Au microscope, on voit des petits corps moléculaires punctiformes, à mouvements rapides. Pas de gouttelettes graisseuses plus grosses. Aussitôt qu'on ajoute de l'éther sur l'objectif, les petits corps se dissocient en gouttelettes graisseuses sans nombre qui se réunissent en grosses gouttes par confluence. Quelques cellules ressemblent à des cellules chyleuses.

Après la ponction : diamètre de l'abdomen, 72 centimètres; la rate et le foie ne sont pas palpables; le malade est très soulagé par la ponction. Pas de fièvre. L'urine oscille entre 1000 et 1140 ccm. Poids spécifique 1012 à 1020. Pas encore d'albumine.

Le 7 avril, le malade se lève, se sent tout à fait bien et se réjouit d'avoir très faim. Le diamètre de l'abdomen s'élève les jours suivants jusqu'à 77 centimètres. Selles normales.

Le 15, le malade se reconche, se sentant mal à l'aise et fatigué. Pas de fièvre. Le 19, la température s'élève tout à coup à 39°,2. Le soir, 38,7. Le malade se plaint de douleurs à la tête et à la nuque. Pouls, 120-132. Les jours suivants, les douleurs continuent malgré l'abaissement de la température, qui le 20 avril est à 38°, le soir à 37°,9. Le 21, 36°,9; le soir, 37°,4, et enfin devient normale. Les douleurs se localisèrent dans les muscles de la nuque; ceux du côté droit étaient fortement tendus. Pas de changement dans la pupille; pas de crampes. Délire, la nuit seulement. Peu d'appétit. L'ascite commence à disparaître, à peu près de 1 centimètre par jour. Sans exacerbation remarquable, les douleurs continuèrent jusqu'au 4 mai. Vers le soir, le malade devint agité, cria beaucoup et mourut subitement à minuit. L'autopsie eut lieu douze heures après la mort.

La boîte osseuse est normale, pas de traces de lésions antérieures. La dure-mère, normale. La pie-mère, peu injectée. A la base du cerveau, deux cuillerées de liquide citrin, légèrement opaque. La pie-mère est légèrement opaque et jaunâtre, depuis la moelle allongée jusqu'au chiasma, et dans ce même point on trouve un léger exsudat fibrineux. Nulle part de tubercules. A la partie postérieure du lobe occipital gauche, on trouve un abcès plein de pus; 5,5 ctm. de long et 3,5 ctm. de large. Cet abcès est entouré d'une zone injectée, qui arrive en avant presque jusqu'au bord postérieur de la couche optique qui, en ce point, est légèrement ramollie. Les autres coupes sur les grands ganglions et la substance blanche du cerveau n'offrent rien d'anormal. La substance même du cerveau a une consistance normale. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve à peu près 2000 ccm. de *liquide laiteux* qui a l'odeur des gaz de l'intestin.

Le péritoine adhère en grande partie à la paroi abdominale et au canal inguinal. Ce dernier laisse pénétrer le pouce. A la pression du scrotum, qui est gros comme une tête d'enfant, il s'écoule des deux côtés un *liquide laiteux*. Le diaphragme est repoussé des deux côtés jusqu'aux quatrièmes côtes. Entre ses attaches aux viscères, sont formés du côté du thorax des réduits pleins de liquide également *laiteux*. Le diaphragme est mince comme une membrane; on ne trouve de tissu musculaire qu'à 1 centimètre de distance des côtes. Les anses intestinales sont réunies entre elles par des adhérences faciles à rompre. Le péritoine viscéral est opaque et blanchâtre dans toute son étendue. La séreuse des intestins est épaissie surtout près du mésentère. A cet endroit, en grattant, on enlève des débris de membranes assez résistants. Les glandes du mésentère, légèrement gonflées, sont normales à la coupe. Les vaisseaux chylifères ne sont injectés nulle part.

Rate : 106 grammes; violet foncé à la coupe. Les reins, hyperhémiés, du reste normaux. Pancréas, normal. Foie, flasque; poids, 1185 grammes.

La vésicule biliaire n'est pas pleine. L'estomac n'est pas dilaté ; il présente dans le fond l'état mamelonné à un léger degré. La circulation est normale. Dans le duodénum et dans la partie inférieure du jéjunum, on constate une hypertrophie marquée des replis. Le contenu des intestins est coloré par la bile. L'appareil folliculaire est normal partout. Pas de tumeurs. Cavités pleurales sans exsudat. Pas d'adhérences des poumons qui reviennent bien sur eux-mêmes. Le poumon droit, plus comprimé que le gauche, est atélectasié en arrière. Le poumon gauche est humide à la coupe. Dans les deux poumons, on trouve des foyers d'épaississement péribronchiques. Le cœur adhère légèrement au péricarde par des attaches faciles à rompre. Pas de liquide anormal dans le péricarde. Les valvules aortiques, pulmonaires et tricuspides sont saines. Deux petits épaississements sur la valvule mitrale. Les muscles du cœur sont flasques. *Le canal thoracique est vide et ne présente rien d'anormal dans toute son étendue.* Diamètre, 2-3 millimètres. Les ganglions lymphatiques normaux. Pas de foyers tuberculeux, ni caséeux.

L'analyse chimique du liquide, faite par le docteur Guttmann, constata que le liquide contenait 5,25 pour 100 de graisse qu'on a traitée par l'éther (pour 100 grammes on ajouta, en plusieurs fois, 500 grammes d'éther). Après évaporation, la graisse restait sous forme de corps dur et jaune. A 30° centigrades, la graisse se liquéfiait. La graisse extraite, on filtra le liquide, qui alors contenait 3,5 pour 100 de sérum albumineux : constaté par l'appareil de polarisation de Wentzke. Le résidu resté sur le filtre contenait des granulations et une masse amorphe formée de caillots fibrineux. Le docteur Guttmann fait remarquer, dans son introduction, que la présence de cette grande quantité de sérum albumineux dans le liquide chyliforme a un intérêt physiologique, parce que cela prouve que les albuminates introduits dans l'estomac peuvent pénétrer tels que dans le chyle, c'est-à-dire sans se changer en peptones. On n'a pas trouvé de peptones dans le liquide, et le liquide désalbuminisé ne se colore pas en violet en présence du sulfate de cuivre. On ne trouve pas non plus de ferment, de sucre ; le liquide chyliforme, mêlé à de l'amidon et restant pendant vingt-quatre heures à une température de 35° centigrades, ne donne pas la réaction du sucre.

OBSERVATION DE ROKITANSKY.

(*Lehrbuch der Pathologischen Anatomie*, Dritte Auflage, t. II.)

Epanchement laiteux dans les deux cavités pleurales et dans le péritoine.

Femme de 62 ans, avec anasarque et épanchements blanchâtres, *laiteux* (Milchähnlich) dans les deux cavités pleurales et dans le péritoine,

avec dilatation et hypertrophie du cœur, épaississement et raccourcissement de la valvule mitrale. Les villosités intestinales sont injectées en blanc; les canaux lymphatiques sous-pleuraux sont dilatés. Les chylifères, surtout ceux partant de l'intestin jusqu'à la rangée de ganglions la plus rapprochée, sont remplis par une matière légèrement opalescente, blanchâtre, savonneuse. Cette masse est formée par des agglomérations de globules graisseux, des groupes de cristaux en forme d'aiguilles (de margarine), des gouttelettes graisseuses et des cellules isolées dont quelques-unes ont un noyau visible. A cet endroit (aux renflements variqueux), la masse est plus jaunâtre et adhère aux parois des vaisseaux. Là, encore, le vaisseau est doublé d'une couche de mailles fines, et par places il est obturé. Dans les mailles, on trouve des agglomérations de globules graisseux. Les ganglions sont un peu plus gros, ponctués de blanc. Les canaux débouchant dans la citerne, ainsi que la citerne elle-même, ont leurs parois épaissies, doublées à l'extérieur d'une couche gris rougeâtre présentant des nodosités et des brides. Même état de choses dans le canal thoracique, il est obturé en plusieurs endroits par la masse savonneuse.

OBSERVATION DE MORTON.

(*Opera*, t. Ier. Genève, 1753, p. 21. *De tabe ab hydrope orta.*)

Ascite chyleuse.

Un enfant âgé d'environ 2 ans, ayant ses dents, après s'être exposé au froid, fut pris d'une péripneumonie qui pendant longtemps fut mal soignée par un charlatan, qui émit la saignée et d'autres soins inséparables de toute bonne médication. Cet enfant fut, par la suite, soigné par moi et mon éminent collègue le docteur Croon : une saignée, suivie d'application de vésicatoires et de frictions le rétablirent un peu. Néanmoins, il resta maladif ayant conservé de la toux et de la gêne respiratoire; au bout d'un an, le malheureux enfant fut pris d'une fièvre hectique qui revenait d'une façon intermittente. L'écorce du Péron, quoique très souvent employée, procura peu de rémission; la fièvre redoublait à des intervalles de plus en plus rapprochés; elle alla ainsi en croissant pendant une année entière, jusqu'au jour fatal. Dès le commencement de la fièvre, l'abdomen commença à être distendu par de l'ascite qui s'accroissait chaque jour d'une façon surprenante, en même temps qu'il y avait aggravation de la toux et de la dyspnée. L'amaigrissement s'ajouta à tous ces symptômes et arriva jusqu'au marasme; or, au plus fort de l'amaigrissement et de l'hydropisie, et ceci est digne d'être noté, l'enfant avait encore une certaine vigueur, et son appétit était plus robuste et plus vorace que jamais. Dès le début, j'avais pensé que l'hydropisie était produite par du chyle épanché dans la

cavité abdominale et provenant de vaisseaux chylifères rompus à la suite de quelque accident et je n'admettais pas l'existence d'une phthisie concomitante pulmonaire, mais une simple inanition produite par la soustraction du chyle s'échappant des vaisseaux chylifères rompus. Le dénoûment réalisa complètement cette assertion, car la paracentèse de l'abdomen ayant été faite alors que l'enfant était encore vivant, nous retirâmes plusieurs livres de chyle lactescent et tout à fait sagréable au goût, tel qu'on le trouve dans les chylifères eux-mêmes. Le cadavre ouvert après la mort, quoique pendant la vie la respiration fût pénible et difficile et la toux persistante, nous trouvâmes les poumons sains, sans aucune trace de lésion, si ce n'est qu'en arrière et à gauche près de la trachée, on voyait un amas de glandes fort nombreuses; il y en avait d'assez volumineuses et de dures qui faisaient compression sur le canal thoracique; il y en avait une très volumineuse qui s'étendait presque jusqu'à la veine sous-clavière; son poids était assez considérable pour faire pression sur le canal thoracique et rendre tout à fait impossible le passage du chyle dans le sang. De sorte qu'il n'est pas douteux que les vaisseaux chylifères très fins situés dans l'abdomen (continuellement distendus par le chyle qui ne pouvait traverser le canal thoracique) s'étant trouvés élargis outre mesure, se soient enfin rompus, et c'est ainsi que le chyle destiné à la réparation du sang se déversait continuellement dans la cavité abdominale.

OBSERVATION DE LITTRE.

(Mémoires de l'Académie royale des sciences. Paris, 1710.)

Hydropisie laiteuse.

Une fille de 7 ans, qui se portait parfaitement bien, étant tombée sur la tête, les parties du cerveau s'affaissèrent par la commotion du coup, et d'autant plus facilement qu'elles étaient encore fort molles. La cavité des tuyaux diminua, le sang qui n'y coulait plus librement donna lieu à la sérosité de se séparer, et de s'échapper par les pores des vaisseaux en entraînant avec elle une partie de ses sels, qui picotaient les membranes et causaient de grands maux de tête. La tension violente des vaisseaux, où le sang séjournait trop, y contribuait encore. Mais le plus grand mal était que par l'embarras et le désordre des parties du cerveau la filtration des esprits ne s'y faisait plus ni assez abondamment, ni assez régulièrement. Aussi la jeune fille, qui auparavant était fort vive et fort gaie, devint-elle pesante, triste et assoupie. Elle vomissait quelquefois et avait du dégoût pour les aliments, parce que les esprits ne se répandaient plus dans l'estomac comme il eût été nécessaire. De la mauvaise disposition de l'estomac

s'ensuivirent les mauvaises digestions et l'imperfection et surtout la grossièreté du chyle peu animé d'esprits. Ce chyle épars avait de la peine à entrer dans les veines lactées, vaisseaux fort déliés, qui se glissent entre les deux membranes du mésentère, et vont se rendre à ses glandes. Une partie du chyle, qui ne pouvait pénétrer dans ces petites routes, suivait donc celle du canal intestinal, incomparablement plus large, et qui porte les excréments, et la malade eut ce que les médecins appellent *Passion cœliaque*, c'est-à-dire qu'avec les excréments il sortait du chyle. Comme de ce côté-là, il s'en perdait beaucoup, et que de l'autre, ce qui en restait pour la nourriture des parties était trop épais, et peu propre à les nourrir, la malade tomba dans une maigreur extraordinaire. Les membranes du mésentère se dépouillèrent peu à peu de toute la graisse qu'elles contiennent naturellement, qui les tient séparées l'une de l'autre, et enveloppe les vaisseaux lactés. De là, il arriva que, quand ces vaisseaux se furent gonflés à la longue de chyle amassé et se crevèrent, le chyle qui s'épancha entre ces membranes, et qui leur causait une tension violente, parce qu'elles étaient extrêmement rapprochées, eut la force de les percer en plusieurs endroits, après quoi il tomba dans la cavité du ventre, et forma l'hydropisie laiteuse. Alors la passion cœliaque cessa, parce que le chyle qui avait forcé tous les obstacles trouvait beaucoup de facilité à entrer dans les veines lactées, et n'était plus obligé à prendre le chemin du canal intestinal. Le chyle qui s'était amassé dans les glandes du mésentère les grossit beaucoup au delà du naturel, et s'y pétrifia même en manière de craie. Le canal thoracique, où il ne passait presque plus de cette liqueur, devint extrêmement menu et délié. On fit une fois la ponction à la malade, et on lui tira six ou sept pintes de ce chyle extravasé. Elle mourut au bout de quinze jours, ayant encore dans la cavité du ventre une pareille quantité de la même liqueur. Sa maladie dura quatre mois.

OBSERVATION DE M. MARSHALL HUGHES.

(*Guy's Hospital Reports*, 1841, t. VI. London.)

Cas remarquable d'épanchement abdominal résultant d'une tumeur mésentérique.

George King, âgé de 20 ans, un peu grand, mais bien proportionné, teint vermeil, cheveux abondants et noirs, tombé malade, vint me demander des soins au dispensaire de Surrey, le 31 décembre 1840. Il paraissait alors souffrir d'un trouble fonctionnel de l'estomac, ou de ce qu'il appelait lui-même « de la bile »; son appétit était mauvais; il accusait du pyrosis, des vomissements et de la douleur du côté droit; il était fréquem-

ment gêné par de la flatulence et des éructations amères. Sa langue était blanche, avec des dentelures latérales produites par les dents, sa peau était souple, luisante; son pouls était fréquent, faible, compressible. Quoique ses yeux ne fussent point pâles, l'expression de sa figure dénotait de la souffrance; quoiqu'il ne parût pas maigre, il se plaignait de manquer de forces, de palpitations et d'excitations facilement provoquées par les causes physiques ou morales les plus légères. Son aspect général, en même temps que ces symptômes, me firent supposer qu'il s'était trop livré aux plaisirs vénériens ou qu'il existait quelque autre cause de dépression et par la suite je vérifiai que mes soupçons étaient très fondés. Son père était mort de quelque maladie qu'on suppose lui être survenue par un long séjour sous les climats tropicaux: les autres membres de sa famille étaient bien portants. Il était tréfileur de son état, et avait été tout à fait robuste et exempt de toute indisposition jusqu'à environ un an avant que je le visse. A ce moment, il avait observé qu'il perdait facilement courage et devenait paresseux. Sa santé n'avait pas encore été sérieusement affectée, lorsqu'il y a huit ou dix mois, il éprouva une indisposition qui ne parut à ses parents qu'une simple indigestion. Dans son enfance, il avait été remarquablement bien portant; il n'avait jamais présenté aucun symptôme d'affection mésentérique, ni d'autres maladies de l'abdomen. La maladie pour laquelle j'étais consulté avait commencé le 25 décembre par des vomissements et d'autres symptômes gastriques; ce fut de cette façon que je considérai les choses, et je le traitai jusqu'au 26 janvier par de la magnésie et du laudanum, dans une infusion amère; pilule de rhubarbe et repos au lit. Ce jour-là, il était encore capable d'attendre au dispensaire, comme il l'avait fait jusque-là. Je le trouvai plus tourmenté qu'auparavant. Quoique les symptômes fussent les mêmes, il avait de plus une tension considérable de l'abdomen provenant surtout d'un état flatulent. Aucune tumeur ne fut remarquée, mais un peu de fluctuation peu distincte paraissait exister; il y avait de la constipation; la langue était nette, humide; il n'avait pas vomi; il urinait très peu, et il n'était pas en apparence plus maigre que lorsque je l'avais vu la première fois. Le 28, il eut de la diarrhée; l'abdomen avait été jusque-là tendu et flatulent, mais maintenant la fluctuation était distincte; le malade ne souffrait plus, mais se plaignait de manque de sommeil. A cette époque, je partis pour la campagne pour deux ou trois jours, et, durant ce temps, le pharmacien de l'institution fut plusieurs fois appelé vers lui, à cause de l'accroissement subit et considérable de la faiblesse et de la dépression. Je le vis de nouveau le 2 février, et je fus grandement surpris de trouver son état si changé. L'abdomen était alors distendu par du liquide; ses traits étaient

contractés; sa figure pâlie et son expression anxieuse. Il avait beaucoup maigri en peu de jours; il n'éprouvait ni douleur, ni inquiétude, mais se plaignait toujours de ne pas dormir et d'être tourmenté par de la diarrhée.

Le 4 février, il n'y avait pas de changement, si ce n'est que la distension de l'abdomen s'était accrue et que l'émaciation et la faiblesse augmentaient rapidement; il urinait très peu. Le 6, le malade, se plaint d'une douleur dans l'hypocondre gauche, douleur que la pression augmentait. La peau était souple; la langue nette, blanche et humide; le pouls fréquent et faible. Le 12, les symptômes augmentèrent de plus en plus d'intensité; le malade se plaint de douleurs provoquées par l'énorme et si prompte distension de l'abdomen par le liquide. Il avait quelque malaise et il survint des vomissements qu'il attribuait à ce qu'on avait ajouté du taraxacum dans sa potion. Il urinait encore très peu, et l'amaigrissement augmentait avec une extraordinaire rapidité. Le 13, on observe de l'œdème des membres et des parois de l'abdomen avec de nombreuses petites veines sur la surface de l'abdomen, lui donnant une apparence toute particulière. Le 16, après une purgation, il eut un peu de diarrhée, il apparut une inflammation conjonctivale, qui survenait évidemment par le fait de l'entropion et de l'irritation causée par l'inversion des cils, produite par la rapide et très remarquable absorption de la graisse des orbites. La diarrhée fut facilement arrêtée par une potion calcaire, aromatique, contenant de l'opium; mais il succomba dans l'après-midi du jour suivant, 17 février, présentant un amaigrissement plus remarquable et surtout plus promptement survenu que tous ceux que j'avais eu l'occasion d'observer jusque-là.

Autopsie faite 32 heures après la mort par M. Nettlefold, en présence des docteurs Redge et Hughes. — Extérieurement, on remarque l'amincissement de la peau au niveau du sacrum et des mucosités mousseuses autour de la bouche; le reste a le même aspect qu'avant la mort. La tête ne fut pas ouverte. Le contenu de la poitrine ne fut pas particulièrement examiné, mais le cœur et les poumons parurent sains; ces derniers étaient sans tubercules; le premier était petit, peu développé et ramolli; pas d'augmentation des ganglions bronchiques; pas une particule de graisse n'était visible ni sur les téguments, ni sur le péritoine. La cavité péritonéale contenait de sept à huit mesures de liquide épais et qu'on pouvait justement comparer par son aspect *à une émulsion d'amandes*. Le péritoine n'était pas vascularisé, excepté sur une portion dépendante de l'iléum, mais il était complètement saupoudré de petites taches blanches; la plupart de ces taches se détachaient par un simple frottement et consis-

taient en fragiles et peu volumineux dépôts de liquide laiteux ; mais quelques-uns de ces dépôts adhéraient fortement à la membrane elle-même, allongés plutôt que ronds; offrant plutôt une frappante ressemblance à l'œuf du *pediculi capitis* qu'à aucune forme de tubercule. Dans le centre de l'abdomen, près de l'épine dorsale, était une tumeur arrondie et noueuse, ainsi large qu'un pain de two pence, qui était formée de plusieurs glandes mésentériques agglomérées; quelques-uns de ces ganglions étaient aussi gros qu'une petite orange et lorsqu'on les divisait, ils présentaient une masse pultacée et blanche comme de la crème qui paraissait constituer une portion du dépôt lui-même; d'autres étaient d'un blanc terne, plus sec et plus granuleux; leur ensemble présentait extérieurement et à la section les caractères généraux d'un cancer cérébriforme. Les autres glandes du mésentère étaient plus ou moins élargies et opaques; quelques-unes égalaient la dimension d'une bille ou d'un œuf de pigeon. Quelques ganglions inguinaux étaient aussi considérablement tuméfiés, mais ne contenaient aucun dépôt hétérogène. Plusieurs circonvolutions intestinales, et le côlon transverse adhéraient à la tumeur; elles paraissaient saines, excepté le côlon, qui, en deux points, était rétréci et plissé autour de deux points blancs épaissis, aussi larges qu'un shelling et d'apparence durs et semi-cartilagineux; à cet endroit, la muqueuse manquait complètement; à l'incision, on trouvait les mêmes caractères physiques qu'à la première période d'un squirrhe pylorique. Un seul tubercule de la grosseur d'un pois fut trouvé dans le mésentère, caché sous un repli de l'iléum. Le foie, la rate, les reins étaient sains. Le pancréas ne fut malheureusement pas examiné. De nombreux chylifères élargis, tortueux, variqueux et distendus, les uns par un liquide laiteux, d'autres par un liquide clair, étaient disséminés dans presque toutes les parties du mésentère; mais l'autopsie fut faite promptement dans une maison privée et l'injection ne fut pas faite. Six onces de liquide furent transmis à mon ami le docteur Rees, pour être soumis à l'examen dont voici le résultat. Le liquide épanché contient une quantité considérable de chyle. D'après le caractère chimique des épanchements séreux en général, il est impossible de déterminer quelle quantité de chyle est mélangée au sérum; on peut se faire une idée de sa grande quantité, alors qu'on se rappelle l'aspect tout particulièrement laiteux du liquide (si différent de celui du pus) et qui sembla tout d'abord avoir attiré l'attention. Quand ce liquide fut agité avec de l'éther, il se sépara en trois couches distinctes : la supérieure était une solution de matière grasse dans l'éther; l'inférieure, un sérum clair; et l'intermédiaire, une masse flottante de matière chyleuse, analogue au principe animal existant en grande proportion dans la salive

et qui semble jouer un rôle très important dans les opérations de la nutrition. La matière grasse dissoute par l'éther, sa séparation de l'élément particulier, la pureté du sérum après l'action de l'éther, tout cela rend assez certain que l'aspect laiteux est dû à la présence du chyle. Je n'avais jamais vu et je ne me rappelle pas avoir entendu parler d'un épanchement présentant les caractères chimiques de ce spécimen.

OBSERVATION D'OPPOLZER.

(Allgem. Wiener med. Zeitung, 1871, t. VI.)

Insuffisance des valvules mitrale et tricuspide; foie granulé; ascite chyleuse; anasarque; thrombose.

Marie Lobner, 42 ans, catholique, mariée, habitant la Bohême, vint le 1er novembre 1856 à notre chirurgie ; on constate une insuffisance des valvule mitrale et tricuspide; bientôt de l'ascite s'ajoute aux autres symptômes. A chaque systole, on pouvait remarquer clairement les pulsations des veines jugulaires, et si l'on pressait le foie, on sentait son mouvement d'expansion à chaque systole. L'accroissement de l'ascite rendit la ponction nécessaire, et la malade, dont l'état s'était amélioré, quitta la clinique le 30 janvier 1860 ; cependant elle revint dès le 27 février, son état s'étant de nouveau aggravé. Le 27, à l'aide d'une ponction, on lui enleva environ 28 mesures d'un liquide clair et jaunâtre. Le 29, il apparait de l'œdème aux extrémités inférieures. Le 8 mars, l'œdème augmente, en même temps qu'il survient de la toux avec expectoration sanguinolente; l'auscultation révèle de la matité dans la partie inférieure du poumon gauche. Le 9, la matité a pris de l'extension ; les crachats sont toujours sanguinolents ; douleur dans la poitrine, peu de fièvre. Le 12, l'épanchement a envahi presque toute la cavité pleurale gauche; la toux est modérée. Le 16, pas de changement dans le poumon. L'ascite s'est de nouveau reproduit; l'œdème des pieds a sensiblement diminué. Le 18, la matité du poumon diminue insensiblement. L'ascite s'accroît; l'urine est très peu abondante. Le 2 avril, l'infiltration du poumon et la toux ont presque complètement disparu : par contre, le liquide, dans la cavité abdominale, atteint un très haut degré, et la ponction devient nécessaire. Le liquide obtenu est rosâtre; on en tire 24 mesures; le sédiment est sanguinolent, le sérum paraît jaunâtre et épais. Le poids spécifique est 18. La couleur rouge est produite par des globules sanguins mélangés au sérum. La malade se sentit mieux au bout de quelques jours, alors que les douleurs qui avaient indiqué une légère péritonite se furent calmées. Le 4 avril, au bras gauche et à la moitié gauche de la cage thoracique, il survient un œdème qui est accom-

pagné de la tuméfaction des ganglions lympathiques dans la fosse sus-claviculaire gauche. La tuméfaction des ganglions est combattue par des frictions mercurielles. Le 14, la tuméfaction des ganglions et l'œdème n'ont pas changé; on continue les frictions maintenant avec de l'iode. L'ascite augmente. Le poumon gauche paraît contenir de l'air. L'urine est en petite quantité. Le 17, la tuméfaction des ganglions du cou et l'œdème du bras et de la mamelle gauche sont en grande partie disparus; les pieds sont œdématiés et l'ascite augmente. Toux. Le 21, à tous ces symptômes se joignent des douleurs lancinantes dans le ventre; elles sont calmées par des cataplasmes. Le 27, la grande quantité de liquide accumulé dans la cavité abdominale occasionne une grande gêne de la respiration; pour y remédier, on ponctionne de nouveau 24 mesures d'un liquide opaque. Ce liquide a un poids spécifique de 14; il contient de l'albumine, de la fibrine coagulée, de la graisse, pas de biliphéine. A travers les parois affaissées du ventre, on sent le foie amoindri en comparaison de ce qu'il était auparavant; on sent à sa surface comme des corps granuleux qui, à chaque systole, communiquent au doigt un choc, mais le foie lui-même ne se dilate pas dans sa totalité. Le 2 mai, l'état est le même; la malade se plaint de douleurs à la rotule; frictions avec le chloroforme. Le 12, l'ascite se reproduit de nouveau; douleurs abdominales; la gêne de la respiration nécessite une nouvelle ponction. Le liquide a à peu près de 24 mesures, sa couleur est bleue blanchâtre, rappelant celle du lait; il contient beaucoup d'albumine et une grande quantité de graisse, qui n'est pas reconnue pour telle avec le microscope, mais par l'éther. Dans l'urine, on trouve une grande quantité d'albumine, peu de cylindres, mais beaucoup d'urée. Le 21, après la dernière ponction, la malade ne se sent pas si soulagée que par les ponctions précédentes; l'œdème du bras gauche est resté stationnaire; celui des pieds et des cuisses s'est notablement augmenté: l'ascite est revenue très promptement, en même temps que la malade éprouve dans le bas-ventre des douleurs brûlantes, lancinantes. Aujourd'hui les douleurs survenues dans l'hypocondre droit ont été calmées par le froid. La toux et l'expectoration augmentent; cette dernière est un peu sanguinolente; cependant dans le poumon, à part le catarrhe, on ne voit aucun changement. La fièvre est modérée. Le 22, les douleurs augmentant dans l'hypocondre droit, on applique six sangsues. Le 26, les pieds et la partie inférieure des cuisses sont très sensiblement œdématiés; la peau est tendue et brillante; on fait de distance en distance avec une lancette des incisions par lesquelles s'écoule doucement un liquide cristallisé. Les deux extrémités supérieures sont aussi tuméfiées et l'ascite est considérable. Le 28, l'œdème des extrémités inférieures a diminué, mais le

liquide de la cavité abdominale a tellement augmenté, que la respiration est très difficile, et qu'on a de nouveau recours à la ponction. Le liquide obtenu ressemble, en quantité et en qualité, à celui de la dernière ponction. Le 1er juin, la toux violente et les crachats tout à fait sanglants indiquent de nouveaux infarctus. Au sommet du poumon droit, on trouve de la matité. Le 3 juin, l'infiltration paraît ne pas s'étendre davantage; la malade se trouve bien pour son état. Le 9, la matité du sommet a fait place à de la sonorité. Les bruits du cœur sont les mêmes qu'autrefois. La malade se plaint continuellement de douleurs du côté droit. En examinant, on trouve la fosse sus-claviculaire effacée, très douloureuse à la pression aussi bien que le bras droit. Les pulsations de la veine jugulaire qui jusque-là étaient visibles, cessent de l'être. La veine jugulaire paraît tuméfiée et comme obstruée. L'intelligence est intacte. Le 10, l'œdème a gagné du côté droit le cou et la face, qui sont en même temps cyanosés. La voix est faible, enrouée, cependant on ne trouve aucun changement dans l'épiglotte. Compresses froides sur les points douloureux. Le 11, l'œdème existe aussi sur la partie gauche du visage, la cyanose a augmenté considérablement. Le 12, le bras droit est plus enflé, l'œdème du visage, la cyanose, ont diminué. La veine jugulaire droite interne est dure comme un cordon. Les ouvertures produites par les coups de lancettes aux extrémités inférieures se sont fermées, en laissant de la rougeur et de la douleur; on applique des compresses d'eau de goudron. L'enrouement est dissipé. L'intelligence est intacte. Le 14, il s'établit une circulation collatérale, de sorte que la cyanose et l'œdème diminuent peu à peu. L'œdème du bras droit augmente toujours, la peau est rompue à quelques endroits, et un liquide claire, incolore, s'échappe en gouttes abondantes. Le 15, le visage est pâle, amaigri; l'état général est le même qu'auparavant. La diarrhée est survenue, on essaye de la combattre avec du tannin et de l'opium. Le 17, on cherche à diminuer l'œdème des extrémités supérieures, en faisant des incisions avec la lancette. Le 19, à la demande de la malade, dont la respiration est très gênée, on fait une nouvelle ponction. L'analyse du liquide donne : 1014; sa couleur est opaque, sa réaction alcaline; il contient beaucoup d'albumine, beaucoup de graisse, un alcali fixe. Le sédiment contient aussi de la graisse. Le 20, la malade est dans le collapsus depuis la dernière ponction; les extrémités sont froides, la respiration difficile, le pouls faible et fréquent, les forces diminuent. Affaiblissement graduel, et la mort survient à dix heures du matin.

A l'autopsie, on trouve le péritoine pigmenté, injecté, adhérent. Il existait un caillot dans le canal thoracique; on avait supposé une déchirure des chylifères, mais ils ne furent trouvés ni déchirés, ni même dilatés.

OBSERVATION DE BERGERET.

(*Journal d'Anatomie et de Physiologie*. Paris, 1873, Ch. Robin.)

Ascite laiteuse; scrofulose; tuberculose.

Le 10 septembre 1873, en faisant une paracentèse abdominale chez une scrofuleuse, j'ai obtenu un liquide blanc ayant toutes les apparences du lait. Voici, en quelques mots, l'histoire de la malade et celle de ce liquide ascitique:

Marguerite Perroche, 27 ans, fille, est née à Saint-Étienne. Elle a été réglée à 20 ans, et à 23 ses époques ont disparu pour ne plus revenir. Son père est mort, il y a quatorze ans, des suites de blessures reçues dans un puits à charbon; il se portait bien avant cet accident. Sa mère est morte, en 1872, d'une affection interne, on ne sait de quelle nature. Marguerite a cinq frères et sœurs, dont les uns sont mariés; ils se portent tous très bien. Après la mort de sa mère, la malade est entrée à la Charité, aux Incurables; parce qu'elle ne pouvait attendre aucun secours des siens. A l'âge de 13 ans, elle eut une fièvre typhoïde; c'est depuis cette époque que son système lympathique est attaqué. Jusqu'à son entrée à la Charité, elle eut des écoulements écrouelleux aux aines, aux aisselles, et une suppuration dans le dos. Pendant treize ans, elle ne suivit aucun traitement; mais, dès son entrée à l'hospice, elle fut soumise à l'huile de foie de morue et aux infusions de feuilles de noyer. L'écoulement écrouelleux cessa rapidement, les plaies ganglionnaires guérirent, mais en même temps son ventre devint gros.

Le 1er août, lorsque je pris le service de la Charité, l'épanchement abdominal etait considérable. Je lui administrai des drastiques et des diurétiques qui restèrent sans effet sur l'ascite. Le liquide, augmentant de volume, comprima le diaphragme. Il survint de la suffocation; elle fut prise d'une toux continuelle qui ne la laissa reposer ni jour ni nuit. An sommet des deux poumons, il y a des tubercules ramollis.

Le 10 septembre, je la ponctionnai.

Analyse du liquide. — Ce liquide est blanc comme du lait; il a un léger reflet bleuâtre. Sa densité est de 1007; il est neutre au papier de tournesol. Au microscope, on ne voit que des gouttes de graisse liquide, huileuses, plus ou moins grosses. Il n'y a pas un seul élément figuré. Ce liquide, porté à l'ébullition dans un tube à expérience, ne change ni d'aspect ni de consistance. L'acide nitrique ne produit aucun coagulum immédiat; mais au bout de cinq à six heures, on aperçoit un léger précipité jaunâtre. Ce liquide, mélangé à l'éther et vivement agité, conserve

d'abord sa teinte blanche, et l'éther devient parfaitement limpide à la surface. Je conserve un verre plein de ce liquide, tel qu'il est sorti du ventre de la malade, pour étudier les modifications qu'il éprouvera spontanément.

Du 10 au 20 septembre, voici ce qui s'est passé dans chacune des préparations de ce liquide et dans la liqueur naturelle : 1° Liquide traité par l'acide nitrique. L'acide nitrique a été versé sur une paroi du verre à expériences, qui renfermait le liquide ascitique, de telle façon qu'il aille au fond sans se mêler. Tout d'abord la liqueur est restée blanche dans toute son épaisseur, sans éprouver de modification, ni sans former de coagulum, comme cela a lieu lorsqu'il y a de l'albumine, et l'acide est resté limpide au fond du verre. Cinq ou six heures après, j'ai mêlé l'acide à la liqueur ascitique, en agitant le tout avec une baguette de verre ; il s'est alors formé lentement des grumeaux jaunâtres, qui sont ensuite descendus pour constituer un sédiment de même couleur. Ce sédiment ne s'est jamais tassé, il est toujours resté floconneux ; néanmoins de la sérosité claire a fini par surcharger. Pendant dix jours, les choses sont restées dans cet état. Examiné au microscope, ce sédiment était amorphe et constitué par des granulations fortement réfringentes. 2° Liquide bouilli. J'ai mis du liquide naturel dans un tube à expériences ; je l'ai porté à l'ébullition. Pendant dix jours, il est resté avec la même couleur blanche dans toutes ses parties, sans former ni crémor ni sédiment. 3° Liquide traité par l'éther. Dans un long tube gradué, de Deroche et Martin, j'ai mis 170 divisions de liquide ascitique et 25 d'éther. J'ai mêlé les deux liqueurs en agitant vivement pendant vingt-cinq minutes environ ; le tube était fermé avec un bouchon de liége. Le premier jour, l'éther est revenu limpide à la surface, et la couleur blanche du liquide ascitique n'a pas changé. Tous les jours suivants, j'ai recommencé la même manœuvre. Dès le second jour, l'éther a commencé à jaunir ; mais ce n'est que le cinquième, après la cinquième agitation, que l'éther a pris une teinte jaune prononcée, et que le liquide blanc est devenu aqueux dans toutes ses parties ; — il avait cependant conservé une légère teinte blanchâtre qui s'est maintenue jusqu'à la fin. L'éther présentait des espèces de filaments grisâtres à sa partie inférieure. J'ai enlevé cet éther avec une pipette, je l'ai mis dans un verre de montre, il s'est évaporé et a laissé une grande quantité de matières grasses amorphes. Au microscope, on voyait des parties jaunes qui paraissaient semi-liquides, et d'autres grises, granuleuses. La quantité de graisse était considérable. J'ai chauffé le résidu sur la lampe à alcool, et il s'est fondu. 4° Liquide naturel. J'avais rempli un verre à

expériences, de grande capacité, de ce liquide blanc, tel qu'il était sorti de la canule du trocart. La réaction, d'abord neutre au tournesol, a légèrement viré au rose tendre les jours suivants. Il n'a jamais présenté la moindre odeur.

Je l'ai conservé dans mon cabinet, au contact de l'air. Le 20 septembre, l'évaporation spontanée l'avait diminué d'un quart environ. Pendant dix jours, il est resté avec la même couleur blanche dans toute sa masse, sans faire de crémor ni de sédiment ; toutefois, dès le sixième jour, j'ai remarqué, à la surface, une pédicule irisée, comme cela a lieu dans l'urine qu'on laisse devenir alcaline. Le 19, dans la soirée, j'ai vu que dans toute la masse de la liqueur il se formait de petits grumeaux. Le 20, avant d'aller à l'hôpital, je constatai un crémor de plus d'un centimètre d'épaisseur, et une décoloration presque complète de la liqueur. A deux heures de l'après-midi, le crémor avait disparu, un sédiment s'était formé. J'ai observé ce phénomène avec soin. Voici comment les choses se sont passées : de la partie inférieure du crémor se détachait à chaque instant un grand lambeau déchiqueté qui gagnait le fond du verre, et, en six heures de temps, tout le crémor était devenu sédiment. Si ce phénomène avait eu lieu pendant la nuit, je n'aurais pas vu le crémor et j'aurais cru à une précipitation sédimenteuse d'emblée. J'ai examiné le crémor et le sédiment au microscope ; il n'y avait que des granulations jaunes et d'antres grises, fortement réfringentes. Plusieurs de mes collègues et de mes confrères ont vu ce liquide, aucun d'eux n'en avait encore observé de semblable. Le 11 octobre, après un mois d'intervalle, le ventre de la malade s'étant de nouveau rempli de liquide, je pratiquai une nouvelle ponction. Le liquide est blanc comme la première fois, il est neutre et pèse 1007,40. L'analyse est faite de nouveau ; ce liquide contient, en résumé, 10 gr. 70 de matières grasses par litre, de l'albumine en assez grande quantité, beaucoup de chlorures, un peu de sulfates ; les phosphates sont douteux. La reproduction si rapide de ce liquide avec les caractères physiques et chimiques semble indiquer un état pathologique très intéressant du péritoine.

OBSERVATION DE HOPPE SEYLER.

(*Pflüger's Archiv.*, t. VIII, 1873.)

Ascite chyleuse.

Dans un cas de rupture des vaisseaux chylifères (cas très intéressant), par compression d'une tumeur, on fait une ponction de l'abdomen et on retire plusieurs litres d'un beau chyle. En l'examinant, on trouve très

peu de diastase, pas de pepsine, pas de ferment agissant sur l'albumine ou sur la graisse. La quantité d'albumine précipitable par coagulation, ainsi que les graisses, resta la même, alors que des portions de ce chyle furent digérées pendant plusieurs heures à la température du sang, jusqu'à commencement de putréfaction. On trouva des peptones dans ce chyle, mais en fort petite quantité, rien que des traces.

OBSERVATION DU DOCTEUR WILHELM.

(*In Gaz. hebd.*, 1875.)

Ascite laiteuse.

Dans le cas actuel, il s'agit d'un enfant de six mois atteint de coqueluche, pendant le cours de laquelle survint une ascite assez considérable. La paracentèse de l'abdomen donna issue à une grande quantité (5 litres environ) d'un liquide laiteux qui, examiné au microscope par Rindfleisch, fut reconnu pour être de la lymphe. Dix fois en un an, la même opération fut renouvelée et donna toujours le même résultat. L'auteur croit que cet épanchement s'étant produit après une quinte de toux peut être attribué à une rupture du canal thoracique.

OBSERVATION DE WINCKEL.

(*Deutsch Archiv. F. Klin. Med.*, 1876, t. XVII.)

Ascite laiteuse; parasites.

N'ayant pu nous procurer l'original, nous reproduisons le résumé qu'en a donné M. Debove. — Veuve d'un missionnaire, ayant séjourné neuf ans à Surinam. Par ponction de l'abdomen, on extrait deux litres de liquide laiteux contenant des parasites. Peu de temps après, la malade mourut subitement.

OBSERVATION DE FRÉD. HOFFMANN.

(*Opera suppl. sec.*, Genève, 1753.)

Disquisitio medica, circa affectum pectoris rarissimum perpetui suci nutritii ex thorace stillicidii.

Un très savant mathématicien et théologien, âgé de 43 ans, d'habitudes très sédentaires; depuis douze ans, sujet aux rhumatismes; après de fréquents coryzas et rhumes, sa respiration resta anxieuse et difficile; les aliments étaient vomis et peu à peu le corps s'amaigrit et les forces s'épuisèrent. Durant l'hiver, alors que le malade exerçait encore ses fonc-

tions, il lui survint une éruption pourprée intense, qui occupait la poitrine et le corps tout entier; il s'exposa alors au froid de l'air extérieur et les taches s'effacèrent brusquement. A la suite, il fut pris d'accès d'asthme, de suffocation, il ne pouvait parler; en même temps il survint des douleurs dans la poitrine et l'abdomen; constipation opiniâtre; pendant douze jours et douze nuits, sans rémission, il fut en proie à des douleurs intestinales horribles, lancinantes; avec sensation de déchirement et de globe de feu; douleurs rhumatismales; les battements du cœur sont perçus dans le côté droit de la poitrine; le côté gauche est distendu, très convexe; l'anxiété est grande, la respiration fort pénible; insomnie; perte d'appétit; l'estomac est comme resserré. Au bout de quatre ans de maladie, le malade qui avait perdu tout espoir de se rétablir abdiqua ses fonctions. Il ne pouvait se coucher sur le côté droit sans être suffoqué; le côté gauche fortement distendu avait pris un développement tel qu'il y avait obstacle non seulement à la respiration, mais aussi à l'introduction des aliments et des boissons; il existe un œdème généralisé, la mort semble imminente. Un chirurgien fait la ponction; aussitôt il s'écoule une matière de quelque consistance, d'*une couleur blanche comparable au lait* et sans aucune mauvaise odeur; on ponctionne la première fois trois livres. Ensuite, on introduisit de la charpie pour fermer la plaie. L'anxiété cesse, le malade peut marcher. Le jour suivant, après avoir retiré la charpie, il s'écoule quatre livres de liquide et, le même soir, encore quatre livres. Il s'écoule ainsi, pendant quatre jours environ, une grande quantité de matière : plus de douze livres sorties peu à peu de la cavité pectorale sont recueillies. Après cette évacuation, par la succussion du thorax, on entendait dans la cavité pectorale gauche un bruit comparable à celui que ferait un corps qui se déplacerait dans du liquide; on perçut ce bruit pendant quelques semaines après la ponction, mais, par la suite, il disparut. Le malade revient à l'espoir de se rétablir. Cependant, autour de l'ouverture, il restait toujours un peu d'inflammation et de tuméfaction, surtout après les injections de liqueurs vulnéraires au moyen d'un siphon; injections qui ne se faisaient jamais sans provoquer de la douleur et qui étaient faites dans un but de soulagement. Au bout de trois ans, autour de l'ouverture donnant passage à la canule, il se forme un cal de substance comme cartilagineuse; la canule métallique ne pouvant être commodément être introduite, les matières s'écoulèrent librement et peu à peu l'inflammation produite par le séjour de la canule se dissipa. Pendant quelques années, la matière sortit sans obstacle d'une façon continue; il s'écoulait, en l'espace de vingt-quatre heures, et toutes les fois qu'on faisait le pansement de l'ouverture, environ un quart de

mesure, soit douze onces ou une demi-livre de liquide. La qualité et la couleur ordinaire du liquide variaient peu, si ce n'est que par la diversité des aliments ingérés, la coloration était plus ou moins foncée, la consistance plus ou moins épaisse. Si, par hasard, une gouttelette de sang, produite par quelque lésion interne, sortait avec le liquide, ce sang ne se mêlait pas intimement avec la substance de l'écoulement, et sa couleur rouge le montrait visiblement séparé et distinct du liquide épanché. Les forces revinrent, cependant le malade resta très amaigri ; il ne pouvait marcher beaucoup, ni se soutenir longtemps debout. Aussi se trouvait-il beaucoup mieux s'il restait immobile ; lorsqu'il essayait de marcher afin de détendre ses membres engourdis, il se sentait promptement fatigué. Par le froid un peu vif, la tuméfaction et l'inflammation revenaient bien vite autour de l'ouverture de la plaie, en même temps que survenaient des désordres du côté de l'estomac, des éructations continuelles et des vomissements d'aliments ; la chaleur ne l'incommodait pas. Un phénomène à noter, c'est que, si parfois il arrivait que le pansement de l'ouverture fut différé et qu'ainsi l'évacuation de matière ne pût se faire de la façon habituelle, alors l'évacuation se faisait par une voie insolite ; il arriva qu'une nuit, pendant que ce malade reposait sur le côté gauche, il fut pris de toux et une évacuation brusque et pénible se fit à travers les bronches, la trachée, et fut enfin rejetée par la bouche ; la quantité évacuée par cette voie fut assez notable pour que le malade pût constater avant que l'évacuation ait pu reprendre son siège habituel que ce liquide avait la saveur d'une émulsion. Ce même phénomène avait été observé au début, alors que la canule métallique qui avait été placée dans l'ouverture avait été retirée pour un jour. — La quantité et la qualité du liquide subirent peu de variations par l'influence des rhumatismes qui tourmentaient si fréquemment le malade ; de même que le plus ou moins de nourriture ou de boissons absorbées amenait peu de changement. L'abondance du liquide avait pour effet de produire un grand abattement des forces. Des expériences furent faites sur le liquide évacué : son mélange avec l'acide nitrique, etc., n'offrit aucun changement, si ce n'est que la coloration parut un peu plus accentuée ; une autre portion mélangée à un liquide alcalin, à l'huile de tartre, devint visqueuse, de sorte qu'elle pouvait s'allonger en très longs filaments ; par l'esprit de vin très pur, le liquide se coagule immédiatement à la manière du fromage frais. Alors que ce liquide n'est ni mélangé, ni agité, il ne se corrompt pas facilement, ne devient pas fétide, si ce n'est lorsqu'il est exposé et agité longtemps à l'air et à la chaleur, alors les matériaux contenus se durcissent.

OBSERVATION DE CHOMEL (ABRÉGÉE).

(*Mémoires de l'Académie royale des sciences*. Paris, 1728).

Hydropisie laiteuse.

Une jeune femme de 24 ans arriva au dernier terme d'une première grossesse, malgré quelques indispositions provoquées par des chagrins très sensibles ; accouchement heureux ; la fièvre survient le troisième jour et amène la suppression des évacuations qui suivent l'accouchement ; le ventre est enflé et douloureux, la tuméfaction s'accroît. Une nuit la malade fut réveillée, se sentant comme inondée dans son lit, et presque engloutie de l'odeur d'une humeur qui était sortie de son ventre par le nombril. La couleur et la consistance de cette liqueur était assez semblable à celle d'une sérosité laiteuse un peu grisâtre; son odeur approchait d'une saumure avec quelque mélange d'un sel urineux. On examine par un stylet la profondeur et l'étendue de la cavité qui servait de réservoir à cette liqueur extravasée qu'on introduisit par l'ouverture du nombril, et qu'on conduisit sans résistance dans les parties latérales et inférieures de l'hypogastre jusqu'au pubis et les aines. Du côté du nombril, l'étendue pouvait avoir deux travers de doigt de chaque côté et un demi-doigt; sa plus grande largeur était dans la partie inférieure. Il n'y avait aucune communication dans la capacité du bas-ventre, en sorte qu'il nous parut que cette congestion était une espèce d'hydropisie laiteuse formée entre le péritoine et les muscles, depuis la région ombilicale jusqu'à la partie inférieure de l'hypogastre, à l'occasion de la suppression des lochies. La grosseur du ventre et la quantité répandue dans le lit et sur le plancher fait conjecturer qu'il y avait quatre ou cinq pintes de ce liquide laiteux. On fait des injections vulnéraires avec assez de succès pendant trois semaines. La fièvre avait été modérée, le sommeil tranquille, l'estomac faisait ses fonctions, la malade n'avait eu aucune envie de vomir, ni hoquet, le ventre mollet et sans aucune tension douloureuse dans toute son étendue. Mais, par suite d'un écart de régime, il survient des symptômes graves qui nécessitent une contre-ouverture. On introduisit une mèche par l'ouverture de l'ombilic et celle qu'on venait de faire pour entretenir leur communication et donner issue par l'ouverture inférieure aux injections qu'on ferait par l'autre; on continua ces injections jusqu'à ce qu'on s'aperçût par la sonde et la petite quantité de l'injection que le sac qui avait ci-devant contenu la grande quantité d'humeur qui formait l'espèce d'hydropisie laiteuse se resserrait, et que ses parois s'étaient collées l'une contre l'autre si exactement qu'on pouvait sans appréhender

un nouveau dépôt laisser avancer la cicatrice de la place du nombril, ce qui arriva au bout de deux mois, à compter du jour de l'évacuation spontanée et cinq semaines après l'opération de la contre-ouverture de l'aine. La malade guérit parfaitement. Elle n'a ressenti depuis aucune douleur dans le ventre, sa diarrhée s'est totalement arrêtée et ses règles sont revenues régulièrement; mais elle n'est point devenue grosse depuis quatre à cinq ans que cet accident lui est arrivé.

Chomel suppose une rupture des lympathiques; de plus, ajoute-t-il, l'expérience nous apprend que les nouvelles accouchées sont exposées, par la suppression des évacuations ordinaires, à de très dangereuses maladies, particulièrement aux dépôts laiteux qui surviennent dans différentes parties de leurs corps. L'origine de cet épanchement dans une nouvelle accouchée n'est pas difficile à concevoir, puisqu'après l'accouchement la liqueur destinée pour la nourriture du fœtus dans la matrice est portée aux mamelles qui doivent l'allaiter, d'où elle est obligée de refluer dans la masse du sang pour retourner à la matrice, et s'écouler par les évacuations des accouchées qui ne nourrissent pas leurs enfants.

OBSERVATION DE VERNAGE.

(Mémoires de l'Académie royale des sciences, 1700.)

Sur un cas d'hydropisie laiteuse.

En 1699, M. Vernage, médecin de la Faculté de Paris, ayant été obligé de faire la ponction à une jeune fille hydropique, fut fort étonné de voir sortir une matière laitense, au lieu de l'eau qui devait naturellement venir. Il apporta de cette liqueur à l'Académie, qui l'examina avec soin. On trouva qu'en effet elle avait assez la couleur et la consistance du lait, et même un peu le goût, hormis qu'elle était salée. On remarqua de plus qu'elle moussait en tombant et s'élevait sur le feu comme du lait; mais elle en était différente principalement en ce qu'elle était beaucoup plus légère et ne se coagulait point par les acides, mais par le sel de tartre. On vit par la suite que la quantité de cette liqueur était aussi étonnante que sa nature : il fallait faire l'opération à la malade au moins tous les quinze jours, et on lui tirait à chaque fois treize ou quatorze pintes au moins de ce lait, quelquefois quinze. On avait d'abord quelque inclination à croire que c'était du chyle extravasé, et que quelqu'un des vaisseaux lactés devait être rompu, ce qui paraissait par le rapport de M. Vernage, qui disait que cette fille, jardinière de son métier, avait fait un violent effort à plusieurs reprises pour soulever un gros fardeau, et que son mal avait commencé peu de temps après. Mais le chyle ne se caille point par

le sel de tartre, comme faisait cette liqueur; et d'ailleurs la quantité des déjections de la malade étant, à ce qu'assurait M. Vernage, assez proportionnée à celle des aliments, il y avait de l'apparence que le chyle passait dans son sang à peu près comme à l'ordinaire, et, quoiqu'elle fût extrêmement maigrie, par quel moyen eût-elle fait par jour une pinte de chyle inutile, outre celui qui devait être employé à l'usage naturel? Quelques-uns crurent donc que ce devait être l'eau ordinaire des hydropiques teinte d'un peu de chyle extravasé, et que ce qui rendait cette hydropisie singulière, c'est qu'elle était compliquée avec la rupture de quelque vaisseau lacté.

La fille hydropique mourut après un an de maladie et des ponctions aussi fréquentes que celles que nous avons marquées. Elle fut ouverte mais avec trop de précipitation, du moins l'Académie n'a pas su assez certainement ce qu'on avait trouvé par la dissection; seulement il fut dit que l'on avait vu quelque vaisseau lacté rompu.

OBSERVATION DE M. SAINTON.

Sur une variété latente et bénigne d'empyème. (Thèse de doctorat. Paris, 1881.)

Empyème (?) datant de trois ans. Intégrité de l'état général. Deux thoracentèses. Amélioration considérable. Caractères spéciaux du pus.

Homme de 40 ans, boucher, entré au mois d'août 1880, dans le service de M. le docteur Hutinel, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, lit n° 4. Il avait été ponctionné trois ans auparavant par M. Moutard-Martin pour une pleurésie purulente; depuis cette époque, il a été ponctionné de nouveau par M. Hérard.

A son entrée, il se plaint d'une gêne de la respiration, marquée surtout dès qu'il marche ou qu'il fait un effort. Cependant son état général est bon : il paraît à peine amaigri, il a conservé l'appétit et le sommeil, il n'a jamais de frisson, ni de fièvre, ni de sueurs nocturnes. L'examen physique de la poitrine donne les résultats suivants : le côté droit du thorax représente une voussure considérable; les côtes sont fortement relevées et donnent à la poitrine une forme globuleuse. La percussion montre une matité absolue à droite, dans toute la hauteur, et le foie est notablement abaissé. A l'auscultation, silence complet dans les mêmes régions; pas d'égophonie, pas de souffle, le vibrations vocales ont entièrement disparu. En présence de tous ces symptômes indiquant un vaste épanchement pleural droit, en présence aussi des accidents dyspnéiques qui augmentaient chaque jour d'intensité, M. Hutinel pratique une première ponction et s'arrête après l'évacuation de 800 grammes d'un liquide

purulent, crémeux, jaunâtre, absolument inodore. L'opération ne fut suivie d'aucun accident général, la température n'atteignit pas une seule fois le chiffre de 38°. La gêne de la respiration diminua notablement, en même temps qu'on constatait le retour de la sonorité et du murmure vésiculaire à la partie supérieure du poumon droit. Au bout de huit jours, la ponction fut renouvelée, et on retira 1,500 grammes de pus entièrement semblable à celui qui avait été évacué par la première thoracentèse; l'état général se maintint à la suite aussi bien que la première fois, mais pendant quatre ou cinq jours le malade eut des quintes de toux assez rapprochées, suivies de l'expectoration de quelques mucosités sanguinolentes. D'ailleurs la respiration était devenue beaucoup plus facile; le malade pouvait aller et venir sans être pris de dypsnée, il pouvait se coucher sur le côté droit, et quand il sortit, quelques jours plus tard, il conservait encore de la matité, de la faiblesse du murmure vésiculaire et quelques râles dans le côté droit; il restait encore là une quantité de liquide difficile à apprécier, peu considérable en tout cas. Le liquide de la deuxième ponction a été examiné par notre collègue M. Talamon, qui nous a remis la note suivante : « L'examen microscopique ne montre dans le liquide que de fines granulations, et *pas de globules de pus* ou de globules sanguins : on n'y découvre aucune apparence d'organismes; pas de bactéries ni de micrococcus. Une goutte de ce pus (?) est ensemencée dans un ballon Pasteur, préparé suivant la méthode et contenant un bouillon fait avec de l'extrait de viande Liébig dilué dans quinze fois son poids d'eau, le ballon est mis dans l'étuve à 37°. Le lendemain et les jours suivants, le bouillon reste clair. Le pus ensemencé ne contenait donc aucun organisme vivant. »

Les observations qui vont suivre sont relatives aux épanchements laiteux de la tunique vaginale du testicule; ces observations sont très importantes au point de vue de la discussion des théories : elles démontrent que de la graisse émulsionnée peut se produire dans les cavités séreuses, sans pour cela provenir soit du canal thoracique, soit de l'intestin.

OBSERVATION DE VIDAL (DE CASSIS).

(*Pathologie externe*. Paris, tome V, 5e édition, 1861.)

Galactocèle.

Le sujet s'appelait Gaultier; il était d'une haute stature, vigoureux, et offrait les caractères qui se rapportent au tempérament qu'on appelle

bilioso-sanguin. Sa santé a toujours été parfaite. Son père est mort jeune, d'une pleurésie ; sa mère a succombé à une perte utérine. Gaultier a fait de la teinture jusqu'à 15 ans ; il a été ensuite soldat en Afrique, et a servi aux Antilles pendant douze ans, dans la gendarmerie à cheval. Il contracta plusieurs blennorrhagies, mais sans accident du côté des bourses, qui n'ont jamais été le siége d'aucune lésion. Les parties génitales de Gaultier étaient enfin comme celles des autres hommes. Mais il y a environ huit mois, ce malade, tranquillement couché, éprouva dans la nuit une douleur, ou plutôt une pesanteur marquée du côté des bourses ; il vit alors, pour la première fois, que ses parties étaient plus développées qu'autrefois ; elles devinrent ensuite assez volumineuses pour gêner la marche et causer des tiraillements douloureux. Les chirurgiens des Antilles qui furent consultés, n'ayant pas constaté la transparence de ces tumeurs, s'abstinrent d'opérer, ce qui inquiéta le malade et le décida à se rendre en France pour obtenir sa guérison. Pendant la traversée, un suintement uréthral, dont Gaultier était affecté, s'exaspéra et cessa presque entièrement à son arrivée.

Les deux tumeurs ont la forme classique des hydrocèles ; leur grosse extrémité, en bas, égale le poing d'un enfant de sept ans. Il y a fluctuation ; on constate facilement la position du testicule par une pression méthodique ; mais il n'y a nulle espèce de transparence. Les cordons spermatiques sont tout à fait sains.

Le 18 août, je me décide à évacuer le liquide contenu dans ces deux tumeurs, et à le remplacer par de la teinture d'iode étendue de partie égale d'eau. Mais quel est mon étonnement et celui des assistants, quand nous voyons couler par la canule du trocart un liquide blanc, avec un reflet jaunâtre, semblable à du lait qu'on vient de traire. Je me fais donner un autre bassin après l'injection iodée, et je ponctionne l'autre tumeur qui donne le même liquide, le même lait. Après l'injection, 300 grammes environ de ce liquide ont été soumis à l'analyse par par M. Grassi, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi, et M. Lecomte, préparateur au collége de France.

Voici les résultats :

Ce liquide est opaque, blanc, avec une légère nnance de jaune, ressemblant, à s'y méprendre, à une émulsion très chargée, ou mieux du lait non écrémé ; sa consistance est celle du lait ; il est sans odeur, d'une saveur légèrement salée, non désagréable. Sa densité est de 0,01 : cette densité a été prise sans faire bouillir le liquide, en comparant à la même température de 20 degrés les poids d'un même flacon successivement plein d'eau distillée et de ce liquide.

Examiné au microscope avec un fort grossissement, il laisse voir une multitude de globules transparents très petits, dont quelques-uns sont sphériques, d'autres irréguliers, mais tous ayant l'aspect des globules du beurre. Peu de temps après sa sortie de la tunique vagioale, il présentait une réaction alcaline très manifeste. L'ébullition ne le coagule pas, comme cela a lieu ordinairement pour le liquide extrait des hydrocèles. Quand on le soumet à l'évaporation sur une large surface, il présente une pellicule épaisse qui, étant enlevée, se trouve bientôt reformée; c'est cette pellicule qui, s'opposant au libre dégagement de la vapeur, fait que le liquide se soulève en masse pendant l'ébullition. Ces phénomènes, comme on sait, se présentent toujours dans l'évaporation du lait. L'acide acétique ne le coagule pas à froid, mais le coagule complètement sous l'influence de la chaleur. Les acides nitrique, sulfurique et chlorhydrique le coagulent immédiatement à froid. La potasse redissout le coagulum formé par les acides; le liquide est coagulé par l'esprit de bois pur et l'alcool concentré; le sulfate de cuivre, versé dans ce liquide, donne à l'instant un précipité abondant. Il en est de même des sels de plomb et du bichlorure de mercure. Tous ces phéoomènes de précipitatioo et de coagulation par les acides tendent à faire admettre la présence de l'albumine; mais l'absence de coagulation par la chaleur seule se rapporte plutôt à la caséine, qui présente également des phénomènes analogues sous l'influence d'autres réactifs. Nous avons ajouté du chlorure de sodium à une portion du liquide; ce mélange a laissé filtrer une liqueur claire et qui s'est coagulée par l'ébullition. Traité par l'ammoniaque, le liquide a conservé sa fluidité, ce qui n'aurait pas eu lieu s'il avait contenu du pus. Mis en contact avec l'éther, le mélange s'est séparé en deux couches, dont la supérieure éthérée, étant évaporée, a laissé une matière grasse pour résidu. Pour extraire ce corps gras, nous avons évaporé à siccité une portion du liquide; le résidu a été épuisé par l'éther. Cette solution évaporée a donné une substance grasse ayant tous les caractères physiques du beurre.

Nous avons ensuite procédé à la recherche des matières tenues en dissolution. Pour cela, une partie du liquide a été coagulée par de l'acide acétique, et le mélange, jeté sur un filtre, a donné une couleur claire et transparente. Une partie de ce liquide, traitée par la solution de potasse, a pris une légère teinte jaune. Mélangé avec le sulfate de cuivre, le bitartrate de potasse et la potasse, ce sérum, porté à l'ébullitioo, a donné la certitude de la présence du sucre par la réduction du bioxyde de cuivre Une autre expérience d'un autre ordre est venue confirmer la précédente: nous avons soumis comparativement à l'action de la levure de bière,

parties égales d'eau et de liquide, dans deux appareils semblables, placés dans les mêmes circonstances. Le lendemain, le liquide examiné avait fourni une quantité bien notable de gaz, que nous avons reconnu être de l'acide carbonique. Nous avons aussi constaté la présence d'une trace de chaux et l'absence complète de potasse et de magnésie. Le chlore y existait donc à l'état de chlorure de sodium, comme tend à le faire supposer la saveur légèrement salée du liquide. Après la précipitation de la chaux, le liquide contenant l'oxalate d'ammoniaque a été évaporé, et le résidu chauffé au rouge; il consistait alors en carbonate alcalin.

Les réactifs qui servent ordinairement à faire connaître la présence des phosphates ne nous ont pas donné trace de précipitation ; il n'y avait pas non plus de sulfate en dissolution.

En résumé, le liquide que nous avons soumis à l'analyse, contient :

1° De l'eau;

2° Une matière différente de l'albumine, très analogue, sinon identique à la caséine;

3° Un corps gras présentant les caractères physiques du beurre;

4° Du sucre;

5° Du chlorure de sodium;

6° Des traces de chaux probablement à l'état de chlorure.

Ce liquide a donc plus d'analogie avec du lait qu'avec tout autre liquide de l'économie animale, et il est digne de remarque qu'on n'y trouve pas de phosphate, tandis que ce sel existe toujours dans le lait, où il remplit, comme on sait, des fonctions physiologiques importantes.

Ce liquide laiteux m'a été remis le jeudi 17 août; à cette époque, comme je l'ai dit, il ne présentait pas d'odeur; il avait une réaction alcaline. Vingt-quatre heures après l'extraction, il s'était coagulé spontanément. Cependant le coagulum disparut par une brusque agitation. Cette coagulation imparfaite s'explique par l'état alcalin permanent présenté par le liquide.

Aujourd'hui 21 août, il a conservé son aspect primitif; il est alcalin, mais a contracté une odeur désagréable, et le sucre a tout à fait disparu par suite de ce commencement d'altération. J'ajouterai que Gaultier a les mamelles comme les autres hommes, c'est-à-dire à l'état rudimentaire. Sa nourriture a toujours été animalisée ; il boit peu de lait, mais beaucoup de vin et pas mal de liqueurs. Sa virilité est parfaitement constatée et prononcée. Cependant après la ponction, j'ai pu constater que les testicules étaient petits comme ceux de certains scrofuleux. La verge a un volume en rapport avec l'âge de l'individu. Par le toucher rectal, j'ai pu constater qu'il n'y avait rien de particulier du côté de la

prostate et des vésicules séminales. On a supposé : 1° qu'il s'agissait d'une tumeur formée par la rupture de vaisseaux lymphatiques, et cela parce qu'une certaine quantité de lymphe extraite d'un vaisseau lymphatique dilaté avait un aspect un peu trouble; 2° M. Sédillot a prétendu que ce lactocèle n'était qu'une hydrocèle dans la sérosité de laquelle nageaient une infinité de zoospermes: or, il n'y avait pas de zoospermes dans les tumeurs de Gaultier; 3° M. Gosselin, à son tour, a voulu que l'aspect lacteux fût produit par une certaine combinaison de cholestérine et de matière grasse : or il n'y avait pas de cholestérine dans les susdites tumeurs.

OBSERVATION DE DEMARQUAY.

(Gazette des Hôpitaux, 1862.)

Kyste du testicule ou de la tête de l'épididyme, contenant un liquide semblable à du lait, maladie improprement nommée galactocèle *par Vidal (de Cassis).*

X..., âgé de 18 ans, né aux Antilles espagnoles, entra dans mon service, à la Maison municipale de santé, le 24 juillet 1862, pour se faire traiter d'une tumeur du scrotum. Interrogé sur les antécédents de sa famille, ce jeune homme nous apprend que son père est mort après avoir été malade pendant sept ans, et que les médecins qui lui ont donné des soins ont dit qu'il avait succombé à une maladie de poitrine. Sa mère existe et jouit d'une bonne santé. Il a eu trois frères et quatre sœurs. Un de ses frères est mort en bas âge et il ignore de quelle maladie. Aucun de ses deux frères n'a été atteint d'une affection du scrotum; lui-même a toujours joui d'une bonne santé, à part quelques maladies qu'il aurait eues pendant son enfance, et sur lesquelles il ne peut donner aucun renseignement. Il y a trois ans, après avoir eu la fièvre intermittente pendant quinze à vingt jours, il s'aperçut qu'il se développait au-dessus du testicule gauche une tumeur molle. Jamais il n'avait reçu de coup sur le scrotum, jamais il n'avait éprouvé aucune douleur dans cette région.

La tumeur augmenta peu à peu; plus tard, le testicule augmenta aussi de volume. Dans le commencement, la tumeur était surtout apparente lorsqu'il était debout; lorsqu'il se couchait, elle lui semblait moins grosse, mais toujours un des côtés du scrotum était plus volumineux que l'autre. Pendant deux ans, il fit des frictions avec une pommade jaune dont il ignore la composition et des fumigations de café sur le scrotum. Au mois d'avril de l'année 1861, il consulta un médecin, qui lui fit faire pendant une semaine des onctions avec une pommade noire qui fit enlever l'épi-

derme; en même temps, le testicule du côté droit se gonfla, et il apparut aussi un engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine qui ne disparut qu'au bout de trois mois. Dans cet état, il contracta une blennorrhagie qui dura deux mois, mais qui ne s'est jamais accompagnée d'orchite; toutefois, il conserva toujours un peu de blennorrhée tous les matins. Vingt jours avant son entrée à la Maison de santé, ce jeune homme a contracté une seconde blennorrhagie, et l'on constate à son entrée, outre la tumeur scrotale, un écoulement par le méat urinaire d'un liquide blanc jaunâtre; toutefois la verge ne présente aucune tuméfaction; les lèvres du méat urinaire sont seulement un peu rouges, et le malade n'éprouve aucune douleur en urinant.

En examinant la région scrotale, on trouve que la partie gauche est plus volumineuse que la droite; on trouve inférieurement une tumeur molle, et qui offre tous les caractères normaux du testicule; mais au-dessus existe une seconde tumeur plus volumineuse que la première; elle est molle, très fluctuante, parfaitement circonscrite, n'envoie aucun prolongement du côté du canal inguinal, n'offre aucun pédicule, et l'on sent au-dessus le cordon dans l'aine. La tumeur est oblongue et séparée du testicule par une partie rétrécie, une sorte de collet, et il est impossible de la refouler vers l'abdomen ni de repousser le liquide vers la partie inférieure du scrotum.

En présence de ces caractères, je pensais qu'il s'agissait d'un kyste du testicule ou de la tête de l'épididyme, et le lendemain je fis une ponction à la tumeur; il sortit par la canule un liquide épais, opaque, blanc jaunâtre, et je le remplaçai par une injection iodée. Je regrette de ne pas avoir cherché, avant l'opération, la transparence que je n'aurais probablement pas trouvée. Le malade fut en état de sortir le 6 août.

Cooper dit avoir souvent rencontré cette coloration blanchâtre dans les hydrocèles d'individus qui avaient vécu dans les Indes occidentales. Suivant le chirurgien anglais, cette matière blanchâtre est constituée par de la lymphe coagulable qui se précipite d'un liquide plus aqueux.

Demarquay fait ressortir cette particularité étiologique de ces cas: c'est que les malades avaient habité plus ou moins de temps les pays chauds.

Étude du liquide, faite par M. Ch. Lecomte. — A première vue, il reconnaît un liquide analogue à celui qui lui a été remis il y a une dizaine d'années par M. Vidal (de Cassis). Ce liquide, peu abondant (50 grammes), présente assez exactement l'aspect d'une émulsion de jaune d'œufs, de teinte un peu terreuse, ou plus exactement des urines chyleuses. Il n'offre aucune odeur; sa réaction est légèrement alcaline. Au microscope, il est impossible d'y découvrir des spermatozoïdes, mais on

voit facilement une multitude de globules graisseux excessivement fins, parmi lesquels on en trouve çà et là de plus volumineux. En résumé, le liquide renferme des matières grasses émulsionnées par des substances albuminoïdes; là s'arrête sa ressemblance avec le lait, car la majeure partie des substances azotées est formée par de l'albumine, et la matière grasse elle-même s'y trouve en très faible quantité; pas de sucre; il est vrai que dans le premier liquide analysé il se trouvait un peu de sucre, mais dans ce cas, les cendres ne renfermaient pas de phosphates. Ce liquide a donc une très grande différence avec le lait.

Fergusson, cité par Kocher (*Krankheiten der Hullen des Hodens*, p. 144, in *Hanbuch von Pitha und Bilroth*), aurait également vu un épanchement laiteux de la tunique vaginale.

Velpeau, cité par M. Després (*Essai sur le diagnostic des tumeurs du testicule*), aurait observé, en 1860, un cas du même genre : il s'agissait de l'épanchement dans la tunique vaginale d'un liquide blanc blenâtre. L'évolution, les caractères de cette tumeur, disait M. Velpean, indiquent un hydrocèle de la tunique vaginale; il ne reste plus qu'à faire une ponction exploratrice. Il sortit un liquide analogue à du lait. M. Robin, dont on connaît l'expérience, examina le liquide, auquel il trouva toutes sortes de caractères excepté ceux du lait. Du reste, bien que le liquide fût salé, il ne se coagula point spontanément, et les éléments gras qui furent trouvés n'étaient pas très différents de ceux qui se rencontrent dans le pus.

CHAPITRE II

EXPOSITION ET DISCUSSION DES THÉORIES

PAR LESQUELLES ON A CHERCHÉ A EXPLIQUER CES ÉPANCHEMENTS

Les épanchements que nous venons de rapporter n'ont pas manqué, en raison de la nature toute particulière du liquide qui les constitne, de préoccuper l'attention de ceux qui les avaient vus, et de donner matière à diverses interprétations. D'où vient ce liquide? quelle est sa nature? de quelles lésions anatomiques est-il la conséquence? à quelle formule pathologique répond-il? Autant de questions, autant de problèmes sur lesquels on bâtissait des hypothèses.

Chaque fois que de loin en loin ce liquide faisait son apparition, l'observateur d'un fait aussi inaccoutumé, et en présence d'un cas pathologique aussi peu connn, se livrait aux interprétations qu'il supposait les plus propres à expliquer le cas particulièrement singulier qu'il avait sous les yeux. Pour quelques anteurs (Quincke, Smidt, etc.), l'aspect d'nn liquide émulsionné le leur faisait prendre pour du chyle, et ils supposaient immédiatement une rupture des voies chylifères; malheureusement, l'autopsie justifiait rarement leur diagnostic; d'autres (Guéneau de Mussy, Sainton) admettaient une transformation, une dégénérescence graisseuse des exsudats snpposés d'abord purulents, et ne voyaient qu'un cas curieux de pns transformé en graisse, émulsionnée par suite d'un long séjour dans la cavité séreuse. Citerons-nous l'opinion de Chomel qui, prenant ce liquide blanc pour du lait, expliquait avec la plus grande facilité sa présence par un mot :

la métastase, doctrine démodée aujourd'hui et ne subsistait plus que dans les croyances populaires? Et sans cependant pouvoir invoquer cette même cause, Vidal (de Cassis) n'a-t-il pas voulu voir du lait dans des tumeurs du testicule!

Pour nous, après avoir étudié tous les faits décrits plus haut, et après avoir reconnu que ces diverses théories ne pouvaient s'appliquer à l'ensemble des faits observés, à supposer qu'ils en expliquassent quelques-uns; et comme d'autre part aucun des processus morbides qui servent à expliquer les épanchements classiques ne pouvait être interprété en faveur de celui qui nous occupe, nous nous sommes ralliée à l'opinion récemment émise par M. Dehove, qui a donné à cet épanchement le nom de chyliforme, et qui en a fait une variété spéciale d'épanchement distinct des épanchements séreux, séro-fibrioeux et purulent.

Nous résumerons, sous trois chefs, les opinions émises sur la nature de l'épanchement :

1° Le liquide est le résultat d'une transformation des globules de pus;

2° C'est un épanchement chyleux;

3° C'est un épanchement chyliforme formé de graisse finement émulsionnée, que l'on peut placer à côté des épanchements classiques connus.

§ I. La première opinion a été présentée et soutenue par M. Guéneau de Mussy.

« En rapprochant, dit ce savant clinicien, ces deux observations (citées plus haut), nous voyons dans toutes deux ressortir un fait anatomique important, c'est la transformation du pus en une émulsion de matière grasse et la disparition des leucocytes; évidemment la matière protéique de ceux-ci a subi la dégénérescence graisseuse. Cette transformation relève entièrement des lois chimiques; elle peut s'accomplir en dehors de la sphère de la

vie ; on l'observe sur les cadavres, et tôt ou tard la science nous en donnera la formule. Ce passage à l'état gras, cette stéatose des matières organiques, surviennent dans celles dont la vitalité est affaiblie, ou dans celles qui sont encore inviables, pour ainsi dire mort-nées, et auxquelles les Allemands ont donné le nom barbare de *nécrobiose*. Les leucocytes du pus offrent à la transformation graisseuse cette condition d'inviabilité ; il n'est pas étonnant qu'ils la subissent ; mais cette transformation paraît exiger un temps assez long ; une fois accomplie, il semble qu'elle rende le pus inaltérable et inoffensif pour les tissus avec lesquels il se trouve en contact. Dans ces conditions, les désordres produits par la présence d'un pareil épanchement semblent purement de cause mécanique. »

Cette théorie comporte plusieurs sérieuses objections tirées des faits eux-mêmes.

On a vu le pus de la pleurésie et des abcès subir l'altération graisseuse ; mais jamais la transformation ne s'est aussi complètement effectuée que dans les cas présentés par M. Guéneau de Mussy ; dans les épanchements purulents et les abcès anciens, on constate le plus souvent, avec la graisse, la présence d'un grand nombre de globules de pus ; ici, la destruction des globules purulents serait telle qu'il n'en reste plus pour « témoigner » de l'origine de l'épanchement.

Et comment, d'ailleurs, expliquer la présence de l'émulsion? Faut-il admettre que la graisse, résultant des globules purulents, alors qu'elle est devenue libre, éprouverait par le fait de la chaleur vitale un mouvement de ses molécules qui, peu à peu, transformerait le liquide et son contenu en une fine émulsion? mais cette théorie séduisante ne peut pas être démontrée.

Cliniquement, il est difficile de prouver que le pus a réellement existé, car rien n'a dénoté sa présence ; les commémoratifs sont plutôt ceux d'une pleurésie chronique non purulente ; l'intolé-

rance de la plèvre et de l'organisme pour le pus ne s'est manifestée en aucune façon ; il est vrai que M. Guéneau de Mussy explique ceci par l'innocuité du pus transformé : ce pus ayant cessé de vivre (mort-né) a perdu ses propriétés toxiques, et pour les mêmes raisons, son action destructive et irritative n'a pu s'exercer ; les phénomènes généraux n'ont nullement indiqué une pleurésie purulente ; ils ne se sont même pas produits lorsque l'épanchement s'est reformé à la suite des ponctions évacuatrices.

Dans les deux observations de M. Guénean de Mussy, la maladie a duré longtemps sans présenter d'accidents graves ; pas de réaction générale, pas de réaction sur les grandes fonctions ; les symptômes qui se manifestent semblent purement de cause mécanique ; ce sont des symptômes de compression due à la grande abondance et au long séjour du liquide ; les œdèmes, fréquents dans la pleurésie purulente, ne se sont pas montrés dans les deux cas ; et dans le premier, on peut les attribner à la compression.

Le liquide se reforme très promptement après les ponctions, tout en conservant dans les deux observations absolument les mêmes caractères. Quoique M. Guénean de Mussy admette que la transformation graisseuse du pus soit longue, très longue à s'accomplir, le liquide réapparaît en peu de jours, en présentant d'emblée les mêmes caractères, c'est-à-dire ceux d'une émulsion comme celui de la première ponction, et ne contenant aucun leucocyte.

Dans la seconde observation du même auteur, il est dit qu'à la suite de la thoracentèse, il sortit par la plaie un demi-litre de liquide, et cependant il n'y eut pas de fistule thoracique, comme cela se fût bien probablement produit, si la pleurésie eût été purulente.

Nous voulons insister sur un point : ainsi, il a pu se faire qu'une pleurésie grave, ayant donné lien, dès le début, à un épan-

chement purulent, se transformât en pleurésie légère, ne donnant lieu qu'à la formation d'un liquide séro-graisseux : les malades s'affaiblissent, l'anémie s'accentue, la nutrition a subi un appauvrissement considérable ; en un mot, l'influence de la chronicité se fait sentir de plus en plus, toutes choses que les traités classiques nous signalent comme des causes propres à l'aggravation des caractères de l'épanchement ; mais ici, alors que les symptômes s'aggravent, l'épanchement s'améliore (car c'est certainement une amélioration que la production de ce liquide graisseux, alors même qu'il n'irait pas jusqu'à devenir plus séreux) ; alors que l'état général est plus grave, l'épanchement devient plus bénin ; la pleurésie purulente est devenue séro-graisseuse. Comment expliquer cette discordance entre le liquide et les symptômes ? Quelle raison donner à ce contraste, à cette opposition si contraire aux règles de la pathologie ? Cette objection ne nous semble pas des moins importantes, et elle nous paraît tout à fait impossible à résoudre en faveur de la théorie de M. Guéneau de Mussy.

Pour résumer, nous dirons qu'il nous semble très difficile d'admettre, dans les deux observations de M. Guéneau de Mussy, qu'on ait eu affaire à un épanchement purulent : on a pu, dans le cours de l'épanchement, supposer la présence du pus ; mais, en réalité, on ne l'a vu à aucun moment ; de plus, il n'a pas été possible de constater ni de retrouver aucun des symptômes propres à caractériser cet épanchement. Il nous faut donc chercher ailleurs pour trouver l'explication de la présence de cette graisse émulsionnée.

§ II. La deuxième théorie est invoquée par plusieurs auteurs. Nous dirons que c'est celle de Quincke, lui donnant le nom du savant qui en a le plus longuement parlé.

L'épanchement étant du chyle, sa cause ne peut donc être

attribuée qu'à une lésion des voies du chyle, à une rupture du canal thoracique ou d'un des vaisseaux chylifères ; on a supposé tour à tour :

1° Le traumatisme direct ou consécutif du canal thoracique amenant sa rupture ;

2° Celui des vaisseaux chylifères produit :

Soit *directement*, par suite de plaies de l'abdomen ;

Soit *indirectement* et consécutivement à des causes qui, faisant obstacle au libre cours du chyle, produiraient un amas chyleux amenant d'abord une distension exagérée des vaisseaux chylifères, et par suite la rupture de ces conduits ; les principales causes supposées sont :

a. La compression du canal thoracique par des tumeurs diverses, anévrysmes, cancer du médiatin, adénopathie bronchique, etc.

b. L'oblitération du canal thoracique survenue à la suite d'inflammation, d'ossification, etc.

c. Les lésions mésentériques : inflammation, caséification, tuberculisation, cancer, etc., toutes affections qui rendent ces ganglions imperméables.

Le traumatisme direct du canal thoracique nous semble difficile à expliquer : la situation profonde de cet organe, ses rapports avec la colonne vertébrale qui lui offre une protection puissante ; l'abri qu'il reçoit des autres organes thoraciques, tout nous paraît rendre sa lésion exceptionnelle. Du reste, sa rupture, plusieurs fois supposée, n'a été vue que deux fois, et les deux cas dans lesquels elle est relatée sont peu probants.

Elle a été vue une première fois par Bass, ainsi que le rapporte Donald Monro (*Essay on dropsy*, traduction française. Paris, 1789. Note du chapitre intitulé : *Des Causes de l'hydropisie*).

Observation de Bass. — Après la mort d'un homme, à qui l'on avait tiré de la poitrine une très grande quantité de liqueur chyleuse, on fit l'ouverture du cadavre. On trouva, vers la troisième ou quatrième ver-

tèbre, une petite ouverture d'où sortait la matière chyleuse. En soufflant dans la partie inférieure du canal thoracique, à l'endroit où il part du réservoir du chyle, l'air sortit sans qu'on s'y attendît par l'ouverture dont on vient de parler. Cette liqueur, blanche et chyleuse, se coagulait par le sel de tartre et par l'esprit de vitriol.

Cette observation est bien ancienne et bien précise pour pouvoir être admise sans critique; elle est bien courte pour pouvoir résoudre toutes les questions qui se présentent en foule à l'esprit. Elle ne nous renseigne en aucune façon sur la cause de la plaie du canal thoracique. Est-elle d'origine traumatique? ou est-elle consécutive à une lésion des organes voisins de ce canal? S'est-elle produite longtemps avant la mort, ou seulement peu d'instants auparavant? ou même n'est-elle pas le résultat d'une déchirure produite *post mortem*. Toutes ces questions sont impossibles à résoudre à l'aide d'une observation aussi abrégée.

Le second cas de rupture du canal thoracique est beaucoup plus récent; il est rapporté par Munson *in* [*New-York medical Record*, 1873. N'ayant pu nous procurer le texte original de cette observation, nous reproduisons *in extenso* l'analyse qui en a été donnée par la *Gazette hebdomadaire* de 1873.

Cas de Munson. — Dans ce cas, la malade avait succombé à la suite d'une apoplexie pulmonaire, avec caillot du ventricule droit prolongé dans l'artère pulmonaire. Dans la cavité abdominale, on trouva plusieurs onces d'un liquide lactescent. Il n'y avait pas de perforation de l'intestin ni de l'estomac, mais le canal thoracique présentait une large déchirure au niveau du pancréas. La veine sous-clavière gauche et les branches de la veine cave descendante étaient, suivant l'auteur, engorgées au moment de l'agonie, et les violents efforts de l'agonie ont produit la rupture du canal thoracique.

Peut-on croire que la rupture du canal thoracique se soit produite par les violents efforts de l'agonie? Cela ne paraît pas admissible; les difficultés de la dissection du canal thoracique sont grandes, surtout au niveau du pancréas, et la lésion pourrait bien n'être que le résultat d'une déchirure faite à l'autopsie.

La rupture directe des chylifères n'a jamais été constatée ; nous ne possédons aucun cas dans lequel des plaies traumatiques de l'abdomen aient intéressé les vaisseaux chylifères et produit un épanchement chyleux.

Dans tous les cas que nous avons rapportés, quoiqu'elle fût diagnostiquée sur le vivant, elle n'a jamais été trouvée à l'autopsie, bien que les investigations anatomiques fussent particulièrement dirigées dans le but de la découvrir.

On a voulu admettre que la compression, l'oblitération du canal thoracique pouvaient amener un retard dans la circulation du chyle, retard qui aurait pour effet la dilatation suivie de la rupture des canaux chylifères. Nous citerons à ce propos ce que M. le professeur Potain (Art. *Lymphatiques, Dict. des sciences médicales*) dit au sujet de la dilatation variqueuse des lymphatiques, et qui peut s'interpréter aussi bien en faveur des vaisseaux chylifères.

« Il semble naturel de penser qu'un obstacle arrêtant le cours de la lymphe dans le canal thoracique, ou dans l'un des principaux troncs, devrait être suivi d'une dilatation des vaisseaux lymphatiques correspondants. On a pu citer quelques faits à l'appui de cette opinion ; mais les exemples connus en grand nombre d'oblitération ou de compression de ce canal, et les expériences multipliées dans lesquelles on l'a lié sur des animaux, ne la confirment nullement. Ces expériences montrent, au contraire, qu'un obstacle aussi complet que possible ne produit, grâce à l'existence de nombreuses voies collatérales, qu'une distension légère et ordinairement transitoire des vaisseaux lymphatiques. »

Nous citerons encore ce que le même auteur dit plus loin, à propos de l'oblitération des vaisseaux lymphatiques : « De toutes les parties du système absorbant, le canal thoracique est celle où les causes d'obstruction se rencontrent le plus souvent. Pendant le cours des inflammations aiguës, l'exsudation plastique accole

ses parois et surtout le bord de ses valvules. A leur suite, surviennent des adhérences ou des rétractions inodulaires qui finissent par le transformer en un cordon fibreux imperméable. L'oblitération y est encore la conséquence des dépôts crétacés ou calcaires qui se font, soit dans la cavité du canal, où cela produit des espèces de bouchons ou des calculs, tel que celui rencontré par Sherhe, soit dans l'épaisseur de la paroi, comme il a été vu plus souvent par Portal, Mascagny, Cruikshantz, Sœmmering. Plus fréquemment encore, l'imperméabilité résulte d'une compression exercée par des tumeurs anévrysmales, ganglionnaires ou autres. Quelle que soit la cause, cette imperméabilité persistante n'a pas habituellement les conséquences qu'on croirait devoir en attendre, et qu'on lui a souvent attribuées. Virchow dit avoir vu, chez un sujet dont une tumeur cancéreuse comprimait le canal thoracique, tous les chylifères considérablement dilatés, en même temps que les glandes mésentériques étaient tuméfiées, blanches et luisantes ; mais, en général, le cours de la lymphe ne se trouve pas notablement entravé, rétabli qu'il est, d'un côté, par les lymphatiques qui partent de l'extrémité inférieure du canal et vont se déverser dans le canal lui-même, à une hauteur plus ou moins grande, de l'autre, par les canaux plus ou moins nombreux qui se jettent directement dans différentes veines de la cavité abdominale, comme les émulgentes, les spermatiques, les lombaires, les veines azygos et la veine cave inférieure. »

Ainsi les altérations diverses du canal thoracique n'ont produit sur la circulation du chyle que des inconvénients tout à fait hypothétiques, et n'ont jamais paru donner lieu à des épanchements chyleux.

Nous rapportons quelques cas de tumeurs anévrysmales de l'aorte, concordant parfaitement avec les assertions du savant professeur que nous venons de citer.

Turner (*Union médicale*, 1859) dit que dans le cours de quatre années, il a rencontré plusieurs cas d'anévrysme de l'aorte pectorale, qui n'avait pas paru nuire à la circulation du chyle. Dans les deux cas qu'il cite, il n'y avait même pas de stase dans les vaisseaux chylifères.

Cas I. — W. G..., femme de 24 ans, alcoolique. A l'ouverture, le canal thoracique pouvait être suivi en haut jusqu'à la partie inférieure de l'anévrysme, avec lequel il se confondait ensuite, de façon que son calibre se trouvait totalement oblitéré. Dans son trajet de bas en haut, on y voyait pénétrer plusieurs lymphatiques partant des ganglions situés dans le médiastin postérieur. Le cadavre ne présentait aucun signe d'amaigrissement, et il existait une couche graisseuse d'une certaine épaisseur sous le tégument.

Cas II. — Homme âgé. Les nerfs splanchniques, la veine azygos, l'œsophage, la branche et le nerf pneumo-gastrique ganches étaient tous fortement comprimés. Le canal thoracique, dans son trajet ascendant le long de la paroi postérieure du thorax, venait, en un point correspondant à la huitième vertèbre dorsale, à se trouver en contact avec la partie inférieure de l'anévrysme, et se confondait tellement avec les parois de la tumeur qu'il en était complétement oblitéré, en sorte qu'une injection forcée, poussée dans le canal à l'aide d'une seringue, ne dépassait pas ce point. Il n'y avait pas d'amaigrissement, et l'on trouvait sous les téguments une quantité assez ordinaire de graisse.

Laënnec (*Biblioth. méd.*, 1806), observation sur un anévrysme de l'aorte qui avait produit la compression du canal thoracique (abrégée). — Pierre Dubut, fondeur en cuivre, 32 ans, entré à l'hôpital pour une affection qu'on soupçonne être une colique des peintres, mourut au bout de peu de jours. Ouverture du corps : le poumon droit occupe à peine la moitié de la cavité pleurale, dont le reste est rempli par une masse considérable de sang caillé, presque entièrement rouge. A la partie postérieure, inférieure et interne de la cavité de cette même plèvre, sur le diaphragme et la colonne vertébrale, tumeur lisse, anévrysmale, du volume d'un œuf de cane, présentant l'ouverture par laquelle paraissait avoir coulé tout le sang contenu dans la plèvre; estomac et canal intestinal sains; glandes du mésentère un peu dures et épaissies, un peu plus volumineuses que dans l'état naturel, jaunâtres à l'extérieur, blanchâtres intérieurement et d'un tissu naturel; vaisseaux lactés gorgés de chyle et ne se dégorgeant nullement au bout d'une demi-heure d'exposition à l'air. Il coulait aussi de ce liquide des glandes incisées. L'auteur, voulant conserver la partie anévrysmatique de l'aorte, n'a pu faire aucune recherche sur le canal thoracique, qu'il croit, avec raison, avoir été détruit ou oblitéré.

Morgagni, XVIIe lettre (*Encyclop. médicale*), rapporte que Valvalva, sur un sujet mort d'anévrysme de l'aorte, et alors qu'il y avait eu compression du canal thoracique, a vu les vaisseaux chylifères dilatés comme des varices, mais non rompus, en même temps que les ganglions hypertrophiés sur un espace de deux coudées, entre l'intestin et le pylore ; ils contenaient du chyle, qu'il goûta et qu'il trouva semblable à du lait ; mais il n'y avait pas d'épanchement.

Santorini vit les mêmes phénomènes dans un cas semblable. Enfin, Morgagni dit qu'il a lui-même observé quelque chose de semblable sur une chienne qui était pleine ; il y avait dilation des chylifères mais pas rupture.

Les affections, dans lesquels les ganglions mésentériques deviennent imperméables par suite d'inflammation, tuberculisation, etc., sont tellement fréquentes sans coïncidence de l'épanchement qui nous occupe, qu'on ne peut certainement pas arguer de l'altération des ganglions en faveur de cet épanchement.

Un rapide coup d'œil, jeté au point de vue de la théorie que nons discutons sur chacune des observations que nous avons rapportées dans notre premier chapitre, va nous montrer que tous les faits observés se trouvent dans les conditions qui n'admettent pas que la rupture du canal thoracique ou des chylifères ait pu se produire.

M. Debove n'a trouvé aucune lésion du canal thoracique ni des chylifères ; l'épaississement de la plèvre, son aspect lisse, l'absence de toute néo-membrane rendait l'examen tout particulièrement facile.

Quincke, après avoir diagnostiqué la rupture du canal thoracique, se basant sur le traumatisme, cause de l'épanchement, et sur la nature du liquide épanché, ne trouve rien à l'autopsie qui démontre cette lésion toute hypothétique.

Smidt constate que les vaisseaux chylifères ne sont ni injectés, ni rompus ; le canal thoracique est vide et ne présente rien d'anormal dans toute son étendue.

Rokitansky : Toute communication du canal thoracique avec la plèvre était impossible, et tout le canal thoracique et une grande partie des chylifères étaient oblitérés, et la nature même de la masse suifeuse qui les distendait prouve que leur oblitération remontait déjà à une période avancée.

Morton admet la rupture des chylifères, mais ne la trouve pas ; le canal thoracique est comprimé par une tumeur ganglionnaire.

Littre trouve les glandes du mésentère comme putréfiées ; le canal thoracique est réduit de dimension.

Oppolzer : Caillot dans le canal thoracique ; les vaisseaux chylifères ne sont ni dilatés, ni rompus.

Marshall Hughes, Saviard : Les ganglions mésentériques sont plus ou moins tuméfiés ; dans ces deux observations, comme dans plusieurs autres, les chylifères étaient injectés d'une matière blanche. A ce propos, M. Debove dit qu'il est fort possible qu'il y ait eu absorption de la graisse émulsionnée contenue dans le péritoine. Les expériences d'Ausspitz montrent en effet que la graisse émulsionnée est facilement résorbée par le péritoine.

Dans l'observation de Rokitansky, il y avait un épanchement de liquide laiteux, non seulement dans les deux plèvres, mais encore dans le péritoine. Dans une des observations de Quincke, il y avait du liquide laiteux dans une plèvre et dans le péritoine. Quincke, pour expliquer la présence du liquide dans les deux séreuses à la fois, suppose qu'il s'est établi une communication entre les deux séreuses au moyen des lymphatiques du diaphragme : cependant, il n'est pas de règle de voir la pleurésie se compliquer d'une péritonite, ou la péritonite coïncider avec une pleurésie, comme cette théorie semble l'indiquer. Ces deux dernières observations tendent surtout à démontrer que la cause locale qu'on s'efforce de trouver ne suffirait pas pour expliquer ces épanchements, et qu'il paraît plus rationnel d'admettre que, sous l'influence d'une même cause générale, des épanchements

de même nature se sont formés dans les cavités séreuses ; c'est ce que les observations que nous citerons, quand nous allons passer à la troisième théorie, tendront à démontrer de plus en plus.

Pour conclure, nous dirons que nous ne nions pas la possibilité d'épanchement de chyle dans la plèvre ; mais qu'après avoir cherché les observations démonstratives, et ne les ayant pas trouvées, nous pensons que lors même que l'on aurait vu dans un ou deux cas la fistule thoracique ou la rupture des chylifères donner lieu à un épanchement de chyle, la théorie chyleuse est néanmoins insuffisante, et qu'il est nécessaire de trouver une autre théorie qui puisse expliquer les cas dans lesquels ces lésions n'existent pas.

§ III. La troisième théorie est celle de M. Debove, qui, trouvant que la théorie chyleuse et celle de la transformation du pus étaient établies d'après des considérations trop hypothétiques et trop étroitement limitées pour expliquer tous les faits dans lesquels on a relaté la présence du liquide chyliforme, a émis une théorie qui a pour elle, outre le privilège de réunir et de grouper tous les faits, l'avantage de ne rien préjuger ; c'est cette théorie que nous adoptons ; elle place, comme nous l'avons déjà dit, les épanchements chyliformes à côté des épanchements séreux, séro-fibrineux et purulents. Le mot chyliforme indique bien que l'aspect et la couleur du liquide ont quelque rapport avec ceux du chyle ; mais à défaut de l'origine, la graisse émulsionnée ne peut constituer un caractère pathognomonique du chyle.

La présence du liquide chyliforme n'a pas été seulement constatée dans les points de l'économie qui sont en rapport avec les vaisseaux chylifères ; on l'a vu aussi apparaître en des endroits assez éloignés pour qu'on ne fût pas tenté de l'attribuer à la lésion de ces vaisseaux. Nous avons cité plus haut les cas dans lesquels cet épanchement s'était produit dans la tunique vaginale du testicule. Nous pouvons ajouter à ceux-ci une série d'observations dans les-

quelles on a vu les lymphatiques des membres donner écoulement à un liquide chyliforme, sans qu'il fût possible de prouver en aucune façon le reflux du chyle.

Buchanan (*Médico-chirurgical Transactions*, vol. XLVI. London, 1863) rapporte qu'une femme de 46 ans, bien portante d'ailleurs, fut affectée pendant vingt-cinq ans d'un écoulement de liquide blanc comme du lait, sortant d'un grand nombre de vésicules grosses comme une tête d'épingle, et placées sur la partie antérieure et supérieure de la cuisse gauche ; l'écoulement était intermittent ; quelquefois on recueillait plus de cinq onces de liquide dans une heure. Les ganglions inguinaux et les autres glandes lympathiques n'étaient pas tuméfiés. Toute tuméfaction et tout écoulement avaient entièrement disparu pendant trois grossesses qui survinrent. Lorsque l'écoulement réapparaissait, il était d'abord séreux, opalescent ; mais peu à peu, il devenait de plus en plus opaque et laiteux. La couleur et même l'odeur de ce liquide devenaient alors comparables à ceux du lait récent. Une petite portion ayant été donnée à un chat, il commença par le boire avec avidité, mais s'arrêta court après l'avoir goûté. A l'examen microscopique, ce n'est pas du lait.

Buchanan cite un cas analogue rapporté par Sigismond Grass (*Ephem. Germaniæ*, 1860). Cette fois, il s'agit d'un homme de 40 ans qui, à la suite d'une phléhite (?) conserva à la cuisse une tumeur œdémateuse qui s'ouvrit spontanément pendant le sommeil du malade, en donnant issue à un liquide laiteux. L'écoulement était intermittent ; quelquefois il cessait complètement pour revenir après plusieurs années ; parfois l'écoulement devenait abondant : plus de 20 onces en une heure ; deux coups de lancettes, portés dans le voisinage des vésicules sur une partie saine, donnèrent issue à un liquide également laiteux ; le sang analysé était normal.

Haller (*Physiologie*) rapporte qu'une jeune femme de 24 ans présentait un écoulement de lait sortant de petites pustules placées sur la cuisse près du pubis, et même sur les lèvres vulvaires. Ce lait produit du beurre, du lait caillé et du sérum comme le lait de vache, dont il diffère par une certaine aigreur que la langue perçoit en le goûtant. L'écoulement est très abondant ; la santé de la malade est restée bonne, mais depuis sept ou huit mois que cet écoulement se produit, les règles n'ont point paru.

Rommel, cité par Buchanan, rapporte qu'une femme, nourrice de deux jumeaux, après la mort de l'un d'eux et après avoir éprouvé des douleurs sourdes en différents points de l'abdomen, sous les côtes, sur le côté droit et au-dessus de l'ombilic, vit, à la suite d'écorchures produites par le grat-

tage, sortir de tous ces points un liquide dont la couleur, le goût et la consistance, étaient identiques à ceux du lait.

Deux cas de liquide analogue, s'écoulant du scrotum, sont rapportés de Canton, et deux autres cas ont été également vus par le Dr Carter, de Bombay.

De nombreux cas d'écoulement laiteux sont rapportés par d'anciens auteurs, alors que le métastase était la doctrine favorite des écoles. Une liste de ces cas douteux est énumérée par Buchanan, qui en donne les indications bibliographiques :

John Patch : Écoulement laiteux venant d'un petit orifice placé dans l'aine ;

Dolaens : Écoulements laiteux de l'utérus et de la tunique vaginale ; écoulement laiteux de la membrane muqueuse du nez (*Journal de Madras*) ;

Richter : Ptyalisme lacté des glandes salivaires ;

Nuck : Épiphora lacté des yeux ;

Rommel cite le rapport de quelques auteurs qui auraient vu un exsudat laiteux se produire de la surface entière du corps à la fois.

Cannobio (*Journal de pharmacie et de chimie*, 1845) reçut au mois de mai 1844, d'un médecin de Savone, M. le Dr Zamini, 5 à 6 onces d'un liquide qui avait beaucoup d'analogie avec du petit lait, mais qui était beaucoup plus blanc ; ce liquide provenait de la cuisse d'une femme qui allaitait une petite fille. Ce liquide était homogène ; il l'analyse et trouve un résidu qu'il prend pour du beurre ; il y trouve de la caséine et de la lactine.

Avons-nous besoin de dire que le liquide secrété ne saurait être du lait ? la sécrétion de ce liquide ne pouvant s'expliquer sans la présence des glandes propres à cette sécrétion.

Fuchs (*Ueber die Krankhaften Veraenderungen der Haut und ihrer Anhaenge*. Gœttingen, 1840) cite trois cas dans lesquels le liquide enfermé dans le derme hypertrophié ressemblait à du lait. Dans une de ces observations, le mal avait son siège à la cuisse ; dans les deux autres, au scrotum.

Schonlein, de Zurich (*Path. et thér*, Virchow, t. V), a vu un jeune homme de 25 ans qui présentait à la cuisse et au scrotum des ampoules transparentes qui se remplissaient puis se vidaient, et il en sortait un liquide laiteux, opaque ; la peau du scrotum était hypertrophiée.

Hensen (*Pfluger's Archiv.*, t. X). Un jeune garçon brésilien, âgé de 10 ans,

avait une petite plaie du scrotum, recouverte d'une croûte qui tomba, et il s'écoula un liquide laiteux. L'auteur admet une fistule d'un vaisseau lymphatique communiquant à des conduits chylifères au moyen de ganglions dégénérés.

Hilton (*The Lancet*, 1866, t. II). Sécrétion d'un liquide chyliforme par des vésicules se formant sur la cuisse.

Heule (*Encyclop. anatom.* t. XI) cite un cas de Lœvig, dans lequel une tumeur scrotale a donné lieu à un écoulement laiteux.

Desjardins (*Gaz. médicale*, 1854) rapporte qu'une dame de l'île Maurice présentait plusieurs vésicules sur la cuisse gauche; après des piqûres, il s'en écoule un liquide opalin qui semble être de la lymphe. L'écoulement est intermittent; il peut être parfois très abondant; on a pu recueillir jusqu'à 125 grammes de liquide par heure, pendant deux jours. Une circonstance très intéressante à faire ressortir, c'est que cette lymphe, considérée à différents moments de son émission, ne présente pas la même nuance. Il arrive en effet que d'opaline qu'elle est toujours au début, elle finit au bout de quelques heures par présenter l'aspect laiteux et opaque du chyle.

Nous rapprocherons encore des épanchements chyliformes ces urines contenant des matières grasses en suspension, qu'on observe dans les pays chauds, et que certains auteurs ont qualifié de chyleuses, alors qu'il eussent été bien embarrassés de décrire les voies suivies par le chyle pour arriver jusqu'au rein.

Si l'on nous demande de préciser la provenance du liquide chyliforme, d'indiquer sa nature, de dire à quelles lésions morbides il correspond, nous répondrons que, ne voulant rien préjuger, nous pensons que dans l'état actuel de la science toute réponse à ces questions serait prématurée, et par conséquent suspecte, ne pouvant être qu'une simple conjecture à laquelle il nous serait difficile, quant à présent, de donner un certain degré de probabilité. Nous espérons que peu à peu la lumière pourra se faire sur tous ces points qui ne sont restés obscurs que parce que l'affection dont ils relèvent n'était pas connue.

CHAPITRE III

PATHOLOGIE DES ÉPANCHEMENTS CHYLIFORMES

Nous avons voulu, pour terminer cette étude, rapporter en un chapitre les particularités étiologiques, anatomiques et cliniques, que la lecture attentive des observations nous a permis de remarquer.

Les différences que cette variété d'épanchement offre avec les épanchements classiques ne sont pas nombreuses, mais elles sont importantes.

Étiologie. — Les causes de l'épanchement chyliforme ne nous ont pas paru différer notablement de celles des autres épanchements chroniques; rien n'a pu nous mettre sur la voie des conditions particulières que présentaient les malades chez lesquels on a observé ces épanchements. Les principales causes que nous avons notées sont :

Le froid — ou du moins, M. Debove dit plus exactement que dans l'observation qu'il a rapportée il n'a pu trouver aucune autre cause.

Le traumatisme. — Dans une des observations de Quincke, l'épanchement pleurétique succéda à un traumatisme ayant porté sur la poitrine; il est bon de noter que le malade était en même temps alcoolique. Littre parle aussi de traumatisme.

Les fatigues excessives. — Dans la première observation de

M. Guéneau de Mussy, le malade avait eu à supporter des fatigues de toute sorte.

Dans le second cas qu'il rapporte, Quincke mentionne l'existence d'éléphantiasis chez différents membres de la famille de la malade dont il s'agit.

Nous avons trois cas : ceux de Baccelli, de Chomel et de Quincke, dans lesquels les malades étaient récemment accouchées.

La *tuberculose* parut être la cause de l'épanchement pleural, dans le second cas de M. Guéneau de Mussy et dans celui de M. Zuher ; dans l'observation de Freidreich et dans celles de Saviard et de Morton, on peut penser à des lésions tuberculeuses du péritoine.

L'affaiblissement consécutif à des maladies diverses, variole, scarlatine, broncho-pneumonie, rhumatismes, a pu, dans certains cas, être une cause prédisposante de l'épanchement : tels sont les cas de Smidt et d'Hoffmann, et un des cas de Quincke.

Les maladies du cœur. — Les sujets étaient atteints de maladie du cœur à une période avancée, dans les observations de Rokitansky et d'Oppolzer.

La *scrofulose* paraissait notoire chez le malade de Bergeret. Enfin, notons pour finir, la tumeur cancéreuse mésentérique du cas de Marshall Hughes, et la coïncidence des parasites trouvés par Winckel dans le liquide tiré de la cavité abdominale.

L'âge. — Les épanchements chyliformes ont été observés chez des sujets de tout âge : le malade de M. Debove avait 63 ans, celui de Marchall Hughes avait 20 ans, et dans les observations de Morton et de Wilhelm les enfants avaient 2 ans et 6 mois.

Caractères anatomiques. — Le point important de l'anatomie de ces épanchements est fourni par les caractères particuliers du liquide ; les résultats des différents examens qui en ont été faits peuvent se résumer ainsi qu'il suit :

Le liquide des épanchements chyliformes est blanc jaunâtre, homogène, assez fluide, ressemblant à un looch; il n'a pas d'odeur putride; il est même à peu près sans odeur; extrait par la ponction, il a pu se conserver sans altération rapide pendant plusieurs jours; par le repos, il se forme le plus souvent à sa surface une couche crémeuse; il ne se forme *pas de coagulum indiquant la présence de la fibrine;* il ne se forme pas davantage de dépôt à la partie inférieure. Examiné au microscope, on reconnaît que ce liquide doit son apparence laiteuse à un grand nombre de fines granulations graisseuses, solubles dans l'éther; on peut dire qu'il présente les caractères macroscopiques et microscopiques du chyle; il ne contient le plus souvent *aucun leucocyte*; on y rencontre parfois des cristaux de cholestérine en plus ou moins grand nombre.

L'opacité, la couleur de ce liquide chyliforme a pu, à un examen superficiel, le faire prendre pour du pus; dans le cas de Baccelli (cité plus haut), le liquide ponctionné aurait pu passer pour du pus, si l'examen microscopique n'eût pas été fait. Ne pouvons-nous pas supposer que dans bien des cas semblables, l'examen ayant fait défaut, l'erreur n'a pas été évitée? Plusieurs cas, cités dans une thèse toute récente (Sainton, Paris, 1881) comme se rapportant à une variété latente et bénigne d'empyème, sont passibles de ce reproche.

L'épanchement chyliforme est le plus souvent abondant; la quantité de liquide qui peut se produire a même été remarquablement considérable dans certains cas. M. Guéneau de Mussy ponctionne en dix-huit jours plus de six litres de liquide: dans la première observation de Quincke, il s'est formé en vingt et un jours de maladie le chiffre notable de treize litres de liquide. Dans l'observation de Saviard, la quantité de liquide tirée de l'abdomen atteint, en neuf mois, le chiffre extraordinaire de deux cent quatre-vingt-quatorze litres.

Nous avons vu en discutant la première théorie, que l'épanchement chyliforme ne paraît pas être le résultat d'une transformation des globules du pus ; il ne nous a pas paru davantage, dans la plupart des observations, que l'épanchement chyliforme ait eu de la tendance, en se reproduisant après les ponctions évacuatrices, à se transformer en épanchement purulent. On voit ordinairement, à la suite de ponctions réitérées, le liquide des épanchements séreux et séro-fibrineux se reproduire en prenant le caractère purulent; il ne semble pas qu'il en soit de même pour l'épanchement chyliforme, qui a reparu le plus souvent tel qu'il était primitivement, sans que le liquide changeât de caractère, même après des ponctions plusieurs fois renouvelées : ainsi, dans la seconde observation de M. Guéneau de Mussy, lorsque l'épanchement chyliforme se reproduisit, le liquide conserva à chaque ponction les mêmes caractères que dans les ponctions précédentes, et cela, quoique le malade fût tuberculeux.

Caractères cliniques. — Les symptômes ne diffèrent pas considérablement de ceux des épanchements chroniques classiques : la lenteur de l'évolution, l'abondance du liquide épanché, l'absence de symptômes généraux bien marqués établissent entre ces épanchements de nombreux points de ressemblance : aussi le diagnostic des épanchements chyliformes n'a-t-il jamais été porté avant que la ponction n'eût révélé la nature du liquide.

Les troubles prédominants, qui sont surtout d'ordre mécanique, sont dus à la grande abondance du liquide ; aussi, lorsque l'épanchement siège dans la cavité pleurale, on a pu noter les divers phénomènes habituellement produits par une accumulation considérable de liquide : compression, déplacement, changement de forme, de volume, de situation et de rapports des organes contenus dans la cavité thoracique, et donnant lieu à une gêne permanente plus ou moins considérable de la respiration et de la

circulation. L'épanchement chyliforme donne lieu, lorsqu'il se produit dans la cavité pleurale, à un agrandissement, à une voussure persistante de la cage thoracique; la partie la plus séreuse des épanchements séro-fibrineux finit toujours à la longue par se résorber ; l'épanchement chyliforme subsiste pendant des années dans son intégrité (du moins, dans les cas qui sont parvenus à notre connaissance, il en était ainsi). Si l'on évacue le liquide par une ponction, il se reproduit le plus souvent avec rapidité; cependant, quoique sa reproduction ait été assez rapide dans les deux cas rapportés par M. Guéneau de Mussy, il a été néanmoins permis de constater qu'à la suite de la thoracentèse le poumon, si longtemps resserré et revenu sur lui-même, tendait à reprendre peu à peu sa place; ce qui indique qu'il n'y avait ni adhérences, ni fausses membranes, et qui prouve en outre qu'il n'y avait eu, malgré l'abondance et le long séjour du liquide, qu'un affaissement et non une compression du poumon : deux états que M. le professeur Jaccoud différencie à juste titre. Le poumon, grâce à sa rétractilité, peut, après s'être vidé d'une partie de l'air qu'il contenait, revenir sur lui-même et s'affaisser; il y a en plus compression, si, non seulement l'air ne pénètre plus dans le poumon, mais si le sang lui-même ne peut que difficilement y affluer ; dans ce dernier cas, non seulement le poumon ne fonctionne plus, mais il est réduit à l'état de moignon, d'après l'expression de M. le professeur Peter ; et il semble difficile d'admettre, lorsque le poumon est resté longtemps dans cet état de refoulement, qu'il puisse reprendre son expansion. Lorsque le poumon n'est qu'affaissé, vienne une ponction qui enlève le liquide, alors, comme dans l'épanchement chyliforme, il n'y a pas de fausses membranes bridant l'organe refoulé : le poumon affranchi de toute compression pourra reconquérir peu à peu sa position et ses fonctions. C'est ce qui s'est produit dans quelques-unes des observations rapportées ; entre autres, dans la première observation de M. Gué-

neau de Mussy et dans celle de M. Sainton : le poumon, longtemps géné et refoulé par le liquide épanché, avait pu néanmoins après la ponction recouvrer son expansion et reprendre peu à peu sa place dans la cavité pleurale.

Nous ne parlerons pas des symptômes physiques de ces épanchements, nous ne pourrions que les supposer; nous voulons cependant rappeler que le signe de Baccelli a pu servir dans un cas pour établir une différence d'auscultation entre les épanchements chyliforme et purulent.

L'épanchement chyliforme offre de très grandes différences avec l'épanchement purulent : pas de fièvre hectique, d'anorexie marquée, de diarrhée, d'œdèmes, de sueurs nocturnes; sans doute, la surface de l'hématose étant diminuée par le fait de l'affaissement d'un poumon, l'individu a moins de force, il se fatigue facilement et par le moindre effort; mais il ne présente pas cet état de déchéance, d'affaiblissement et de marasme qui survient vite chez l'individu dont l'organisme produit du pus, et, en outre, il n'est pas sous le coup des accidents graves qui peuvent résulter de la présence de ce liquide pernicieux.

Par sa marche latente, par son innocuité, l'épanchement chyliforme pourrait être comparé à une hydropisie abondante de la plèvre; en effet, ce que M. le professeur Peter dit en parlant de l'hydropisie de la plèvre pourrait parfaitement s'appliquer à certains cas d'épanchement pleural chyliforme :

« Ainsi que dans l'hydropisie, il n'y a pas phlegmasie de la plèvre, ni la douleur, ni la toux, pas plus qu'il n'y a du travail inflammatoire, ni fièvre, ni mauvais état général. Un hydropique de la plèvre est gêné par son épanchement, mais c'est là tout » (Peter, *Clinique médicale*, Paris, 1877). Plus loin, le savant professeur ajoute : « Peut-on dire, en effet, qu'il y a pleurésie, alors que n'existe plus aucun des signes caractéristiques de cette affection : ni le point de côté, ni la toux, ni la fièvre; la dyspnée

n'étant d'ailleurs que la conséquence toute mécanique de la diminution dans la surface de l'hématose, par compression d'un poumon. Tout l'être n'est pas touché, une fonction seule est entravée. L'appétit est bon, les digestions se font bien ; la circulation a son rythme normal, la peau sa chaleur habituelle, et la température centrale ne dépasse pas la moyenne. Mais la surface de l'hématose étant diminuée, l'organisme étant amoindri de ce fait, l'individu est pâle, ses forces sont moins grandes, et dès qu'il veut se livrer à un travail actif, la fatigue survient rapidement et le pouls s'accélère sans qu'il y ait fièvre, mais parce que le champ de la circulation pulmonaire est diminué de près de moitié, et ce qui en reste est insuffisant pour fournir, dans un temps donné, à l'hématose nécessaire aux combustions du travail ; d'où un plus grand nombre de courses du sang à la recherche de son oxygène. Au repos, l'homme se sent lui-même ; à l'action, il n'est plus qu'une moitié d'homme, parce qu'il n'a plus qu'une moitié de surface oxydante. Rendez-lui la plénitude de cette surface, et le voilà redevenu l'homme d'autrefois. »

Si dans certains cas, comme, par exemple, dans la seconde observation de M. Guéneau de Mussy, le malade a présenté de la toux et de la fièvre, ce malade étant tuberculeux, on peut attribuer ces phénomènes à la tuberculose qui existait en même temps que l'épanchement.

L'ascite chyliforme ne nous a présenté rien qui la différencie d'une ascite ordinaire ; le liquide en est très abondant ; aussi le plus souvent on a constaté l'établissement d'une circulation veineuse collatérale. Les fonctions du tube digestif ont été plus ou moins entravées.

Marche, durée. — La marche et la durée sont fort variables ; toutes deux sont souvent influencées par l'existence d'une maladie concomitante ; la marche de ces épanchements est ordinairement lente ; la durée peut être très longue : témoin, le

général russe dont parle M. Guéneau de Mussy, qui était malade depuis quinze ans.

Pronostic. — Le pronostic est sévère, plus grave que celui des pleurésies séreuses, en raison de l'abondance de l'épanchemement, de l'impossibilité presque certaine de sa résorption et de la rapidité de sa reproduction.

Terminaison. — Lorsqu'une maladie est chronique d'emblée, ce qui, pour M. le professeur Peter, est le signe qu'elle est constitutionnelle, on peut dire qu'elle est incurable. Aussi, lors même que dans le cours des épanchements chyliformes il se produit une certaine amélioration à la suite des ponctions, le soulagement n'est que temporaire, et le dénoûment fatal n'est que retardé. La mort est le fait, soit de l'asphyxie lente, résultant d'une insuffisance longue et permanente de l'hématose, soit de la cachexie qui se produit par le fait de l'anoxémie prolongée et croissante, soit enfin par la spoliation de l'organisme, à la suite d'exsudations si abondantes et si répétées.

CONCLUSIONS

Pour résumer notre travail en quelques mots, nous dirons :

1° A côté des épanchements classiques séreux, séro-fébrineux et purulent des cavités séreuses, il convient de distinguer une variété d'épanchement que la nature particulière du liquide qui le constitue permet d'appeler chyliforme ;

2° Cet épanchement, formé de graisse émulsionnée, ne provient, ni d'une transformation des globules de pus, ni d'un épanchement de chyle ; sa présence ne peut davantage être attribuée aux processus morbides qui servent à expliquer les autres épanchements ;

3° Outre sa nature particulière, le liquide de l'épanchement chyliforme se distingue par son abondance et la rapidité avec laquelle il se reproduit ;

4° Cet épanchement constitue une affection essentiellement chronique, tant par son mode de début, que par sa marche, sa durée et sa terminaison, qui est presque toujours fatale.

QUESTIONS

Anatomie et histologie normales. — Des os du membre inférieur.

Physiologie. — Usage du nerf facial.

Physique. — Calorimétrie, chaleurs spécifiques, chaleurs latentes.

Chimie. — Combinaisons de l'azote avec l'oxygène, caractères et préparations de l'acide azotique.

Histoire naturelle. — Caractères généraux des oiseaux ; comment les divise-t-on ? De l'œuf de poule, ses usages en thérapeutique et en pharmacie.

Pathologie externe. — Du mode de traitement des fractures compliquées de plaies.

Pathologie interne. — De l'ataxie locomotrice progressive.

Pathologie générale. — Des complications morbides.

Anatomie pathologique. — Des calculs biliaires.

Médecine opératoire. — Du cathétérisme des voies lacrymales.

Pharmacologie. — Quel est l'alcool qu'on doit employer en pharmacie ; quels sont les principaux degrés de concentration auxquels on l'emploie ; quels sont les principes qu'il dissout ;

comment prépare-t-on les teintures alcooliques ou alcoolés simples ou composés?

Thérapeutique. — Des voies d'élimination des médicaments.

Hygiène. — Des eaux potables.

Médecine légale. — Qu'est-ce qu'nn antidote; à quelle époque de l'empoisonnement doit-on l'administrer?

Accouchements. — De l'ictère des femmes enceintes.

Vu :
Le président de la Thèse,
PETER.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
LIED.

TABLE

CHAPITRE II

CHAPITRE III

Paris. — Typ. Pillet et Dumoulin, 5, rue des Grands-Augustins.